

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

A Intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor da Pessoa em Situação Crítica incapaz de a autoavaliar

Susana Isabel Siquenique Leal

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

A Intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor da Pessoa em Situação Crítica incapaz de a autoavaliar

|


Susana Isabel Siquenique Leal

Orientador: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Dirijo os meus humildes agradecimentos:

À Professora Doutora Carla Nascimento, pela disponibilidade constante, partilha de todo o seu saber, pelo rigor e exigência na orientação durante este percurso e, por ter acreditado neste trabalho.

Aos enfermeiros orientadores e restantes equipas, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

À Vera, minha companheira desta temática, pelo suporte e amizade.

À Irina, uma amizade principiada neste caminho, pelo seu apoio incondicional nos momentos bons e menos bons, pela transmissão constante dos seus saberes, pela disponibilidade e capacidade de escuta para ultrapassar todos os momentos difíceis.

Ao Tiago, pela paciência, compreensão, carinho, incentivo e por acreditar que eu chegaria ao fim deste percurso, quando eu própria tive dúvidas.

Aos meus pais, irmã e sobrinhos, privados do meu tempo, pelo amor, carinho, educação e apoio incondicional, fazendo de mim a pessoa que sou hoje.

A todos aqueles que sabem que merecem o meu obrigada, por acreditarem sempre em mim.

RESUMO:

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida da pessoa, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial, sendo também um dos principais motivos que conduz a pessoa aos cuidados de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2003, 2008). A dor, embora seja uma temática atual, amplamente discutida, e objeto de instituição de normas e atualizações constantes, continua a ser um problema de saúde. Enquanto profissional de saúde com responsabilidade no cuidar, o enfermeiro tem não só o dever de identificar a pessoa com dor, como também de avaliar e planear intervenções adequadas ao seu controlo, tendo em conta as imperativas competências que permitem intervir na sua gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Enquanto grupo específico, a pessoa em situação crítica (Direcção-Geral da Saúde, 2013), exige do enfermeiro competências especializadas que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

No sentido de compreender este conceito de gestão da dor na pessoa incapaz de a autoavaliar e desenvolver competências na área de especialização em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com dor, o percurso de estágio de mestrado que aqui se encontra documentado decorreu entre duas unidades de cuidados intensivos e um serviço de urgência. Apresentam-se as principais atividades desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos nos diferentes contextos que permitiram sustentar as competências de enfermeiro mestre na gestão da dor. No seio das competências desenvolvidas, destaco as seguintes: promoção da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família; mobilização de sólidos padrões de conhecimento para a *práxis* clínica; prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente; seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; demonstração de nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem; consciência crítica dos problemas atuais da disciplina; competências de reflexão e autoaprendizagem.

O referencial teórico de Jean Watson e a Teoria do Cuidar nortearam todo o meu pensamento e ação em estágio.

Palavras-Chave: dor, gestão da dor, pessoa em situação crítica, intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Pain is one of the major causes of human suffering, compromising a person's quality of life, interfering with their physical and psychosocial well-being, being also one of the main reasons that drive people to health care. (Direcção-Geral da Saúde, 2003, 2008). The pain, though being a current thematic, broadly discussed, object of standardization e constant updates, still remains a health problem. As health professionals with responsibility in the care of patients, the nurse as not only the responsibility to identify the person with pain, but also evaluate and plan adequate actions to its control, taking in consideration the mandatory skills that allows the intervention in its management (Ordem dos Enfermeiros, 2008). As a specific group, the person in critical condition (Direcção-Geral da Saúde, 2013), requires specialized skills from the nurse, that contribute to improve the quality of care and gains in health.

In order to better understand the concept of pain management in the person unable to self-evaluate, and develop expertise in the specialized area of nursing to the person in critical condition with pain, the path in the internship that is here documented occurred between two intensive care units and an emergency room. Presented in this report are the main developed activities and knowledge acquired during learning in the different contexts, that allowed to support the master nurse skills in pain management. Within the developed skills, its important to highlight the following: promotion of improving the quality of care to the person in critical condition and his family; mobilization of solid knowledge for clinical practice; providing nursing care to the person in emergent situation; selection of relevant sources of information for decision making; demonstration of a deep level knowledge in a specific area of nursing; critical awareness about the current issues of the discipline; reflection skills and self-learning.

The Jean Watson's Theory of Human Caring was the theoretical framework that supported all thought and action in the internship.

Key-Words: pain, pain management, person in critical condition, nursing interventions.

“Dor de tormento, de desespero, dor de castigo, de expiação.

Dor física, mental e existencial.

Mas de que dor, de sofrimento falamos? Da dos doentes que conhecemos tão pouco? Ou da nossa de os ver sofrer?”

António Barbosa (1995)

LISTA DE SIGLAS

AMP – Atendimento Médico Permanente

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CCPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool*

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

ESCID – Escala de Condutas Indicadoras de Dolor

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IASP – *International Association for the Study of Pain*

NVPS – *Non Verbal Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PNCDo – Plano Nacional de Controlo da Dor

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

PENPCDo – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SNC – Sistema Nervoso Central

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INDICE

INTRODUÇÃO	17
1. GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO	21
1.1. A dor e o cuidar em enfermagem.....	21
1.2. A dor na pessoa em situação crítica	24
1.3. Gestão da dor na pessoa em situação crítica	27
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM	31
2.1. Estágio I - Unidade de Cuidados Intensivos I	32
2.2. Estágio II - Unidade de Cuidados Intensivos II	43
2.3. Estágio III - Serviço de Urgência Polivalente	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Plano de sessão da formação Estágio I	
APÊNDICE II - Sessão de formação Estágio I	
APÊNDICE III - Caso Clínico	
APÊNDICE IV - Resultados da auditoria - Higienização das mãos - UCI	
APÊNDICE V - Folha colheita de dados da Dor -UCI	
APÊNDICE VI - Resultados da auditoria da Dor - UCI	
APÊNDICE VII - Plano de sessão da formação Estágio III	
APÊNDICE VIII - Sessão de formação Estágio III	
APÊNDICE IX - Instrução de Trabalho - Escala Numérica	
APÊNDICE X - Instrução de Trabalho - <i>BPS</i>	
APÊNDICE XI - Comunicação oral - 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio I.....	33
Quadro 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio II.....	44
Quadro 3 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio III.....	55

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno fisiológico, psíquico e social, descrito como uma experiência individual, subjetiva, e multidimensional (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define-a como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano” (International Association for the Study of Pain, 2010, p.3).

Nos últimos anos, vários têm sido os esforços realizados pela comunidade científica de forma a priorizar a prevenção e o tratamento da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Porém, a dor continua a ser um problema significativo nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), e a sua malograda gestão leva a um aumento da mortalidade e morbilidade, desencadeando graves alterações fisiológicas - nível hemodinâmico e imunitário, bem como, psicológicas - depressão, ansiedade, desorientação e delírio (Stites, 2013). Apesar de todo o trabalho desenvolvido nesta área, estudos demonstram que a pessoa incapaz de autoavaliar a dor está particularmente vulnerável a ela e que a dor nem sempre é considerada uma prioridade na prestação dos cuidados. Chanques et al. (2006), reforçam esta mesma ideia quando referem que a avaliação da dor nas UCI continua a ser insuficiente. Contudo, Ahlers, Veen, Dijk, Tibboel, e Knibbe (2010) consideram que a aplicação de instrumentos de avaliação adaptados à pessoa, revela uma tendência de 16% para a sobreavaliar e de 12% para a subavaliar.

Autores como Batalha, Figueiredo, Marques, e Bizarro (2013), referem que um eficaz controlo da dor só pode ser alcançado com recurso a uma avaliação precisa da mesma. A presença de dor pressupõe uma abordagem multidisciplinar, com colaboração e partilha de responsabilidades entre os vários profissionais de saúde. Se nem sempre é possível eliminar a dor da pessoa, os enfermeiros, pela proximidade e contato frequente, são elementos fundamentais na implementação de intervenções para a gestão da mesma, reduzindo o sofrimento associado à dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A motivação que justifica o desenvolvimento da gestão da dor como tema central deste relatório de estágio tem um cariz pessoal e profissional, que advém sobretudo da prática diária de cuidados num Serviço de Urgência (SU), onde

diariamente contato com Pessoas em Situação Crítica (PSC) inconscientes, sedadas, submetidas a ventilação mecânica invasiva, com alterações neurológicas, incapazes de comunicar verbalmente, e consequentemente, de autoavaliar a dor. Estas condições configuram um desafio na sua avaliação, dificultado pela inaplicabilidade dos instrumentos em uso (escala numérica) a estas pessoas.

Como referido, pelo exercício profissional o enfermeiro possui um conjunto de competências que lhe permite estar numa posição relevante na gestão da dor, uma vez que está presente em quase todas as intervenções dolorosas (IASP, 2010), sendo uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em PSC “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 124/2011, de 20 de novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011, p.8656). Para além de ser uma intervenção do enfermeiro, cuidar da dor na PSC torna-se indispensável na prestação de cuidados de saúde. Os enfermeiros, em particular o EE em PSC, devem liderar o caminho da implementação e avaliação contínua da dor e serem detentores de conhecimentos para dominar a gestão da dor na PSC, de forma a minorá-la ou conduzir há sua ausência.

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em PSC, desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e pretende ser uma análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas, aprendizagens adquiridas, bem como, das competências especializadas de enfermagem desenvolvidas de acordo com os objetivos delineados.

A elaboração deste documento, além de dar resposta aos objetivos propostos pela ESEL para o curso de mestrado em PSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), e visar as competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, enquadrado no processo de Bolonha (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) tem também em consideração as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011, de 29 de maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011), assim como, as

competências específicas do EE em Enfermagem em PSC (Regulamento n.º124/2011, de 20 de novembro).

Destes documentos destaco as seguintes competências:

- Basear a *práxis* clínica em sólidos padrões de conhecimento, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas.

É no decurso do desenvolvimento pessoal e profissional, integrados com os conhecimentos e as competências desenvolvidas, que será possível alcançar a especialização, como proposto no modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Benner (2001). Assim, neste contexto, é minha expectativa, com o Curso de Mestrado, dar início a um caminho que me aproxime no futuro do nível de perito na área da gestão da dor na PSC.

Com este propósito, defini como objetivo geral de estágio:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na PSC incapaz de a autoavaliar.

Foram definidos como objetivos específicos os seguintes:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família em UCI;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor à PSC;
- Contribuir para uma maior consciencialização da equipa de enfermagem do SU sobre a importância da gestão da dor na PSC.

Para atingir os objetivos mencionados, dividi o período de estágio por três serviços na área da grande Lisboa. O primeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital privado, o segundo numa Unidade de Cuidados Intensivos

de um hospital público, e por último, num período de tempo mais curto, no meu contexto profissional; SU Polivalente de um hospital público.

Como quadro de referência em enfermagem para a prática clínica desenvolvida, assim como, para a elaboração deste relatório, considerei o modelo Teórico de Jean Watson, Teoria do Cuidar, acreditando que é através do cuidar que o enfermeiro ajuda o outro a encontrar significado no sofrimento ajudando-o no seu controlo, restituindo um sentido de harmonia interior independentemente das circunstâncias externas (Watson, 2002). Sendo a efetiva gestão da dor uma parte significativa do conceito de cuidar, importa aqui referir que mobilizarei o conceito de conforto, da mesma autora, como modo de operacionalização deste cuidar em enfermagem.

Saliento que o conceito de gestão, quando aplicado à temática da dor, engloba tanto a avaliação como o controlo da mesma. Importa ainda referir que o conceito de família, aqui expresso estende-se também às pessoas significativas.

O documento apresenta uma introdução, onde é explanada a temática a abordar, as razões implícitas à sua escolha e as competências e os objetivos a atingir. Segue-se um enquadramento teórico da temática abordada, incluindo o quadro teórico de enfermagem. Posteriormente, é apresentada a descrição do percurso de estágio, explanando as atividades realizadas, as reflexões acerca das mesmas e os resultados alcançados, respeitando a cronologia pela qual se desenvolveram os diferentes estágios. Por último, são apresentadas considerações finais e perspetivas futuras no meu desenvolvimento profissional.

1. GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO

Incidindo este relatório de estágio na problemática da gestão da dor na PSC incapaz de a autoavaliar, abordando também o cuidar da mesma como uma intervenção especializada de enfermagem, importa agora apresentar o referencial teórico que a sustenta.

1.1. A dor e o cuidar em enfermagem

A necessidade existente nos enfermeiros em deixar claro a especificidade dos cuidados prestados à pessoa tem sido motivo, para ao longo dos tempos, os teóricos de enfermagem desenvolverem modelos conceptuais para a sua prática (Kéruac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996). O processo de evolução de enfermagem ocorre ao longo de vários contextos de mudanças: fisiológicas, socioculturais, económicas, políticas e tecnológicas. Neste processo, surgiram vários modelos conceptuais, diferentes correntes de pensamento que contribuíram para o desenvolvimento do conhecimento científico sobre a prática do cuidar.

A enfermagem é a arte do cuidar, assumindo-se também como uma ciência cuja essência e especificidade é o de cuidar holístico do ser humano na sua individualidade, família ou na comunidade (Waldow, Lopes, & Meyer, 1995; Watson, 2002). A teoria de Jean Watson - Teoria do Cuidar - defende o conceito de *caring*, sendo o cuidar o “ideal moral da enfermagem (...) o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontades, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e as suas consequências” (Watson, 2002, p.55).

O cuidado transpessoal, conceito criado por Jean Watson (Watson, 1985), desvia o foco da enfermagem do modelo tecnicista, propondo o domínio sobre a tecnologia e os processos do cuidado com ênfase social e espiritual. Assim, esta teoria não menospreza o conhecimento técnico-científico para o cuidar da pessoa, todavia complementa e amplia este cuidar num aspeto social e espiritual, não só para a pessoa a ser cuidada, mas também para o profissional de saúde, conduzindo ao autoconhecimento. Os focos da teoria de Watson (1985) são: enfermagem,

caracterizada por cuidar como um imperativo ético e moral da relação transpessoal; saúde, vista como uma experiência subjetiva, em harmonia com a mente, corpo e espírito; e, meio ambiente, no qual as atitudes do cuidar podem ser transmitidas.

A teoria de Watson para a prática do cuidar transpessoal em enfermagem baseia-se em 10 fatores: 1) formação de sistemas de valores humanistas/altruístas; 2) promoção da fé/esperança; 3) o cultivo da sensibilidade para com o próprio e com os outros; 4) desenvolvimento de uma relação de ajuda/confiança; 5) promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; 6) o uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão; 7) promoção do ensino/aprendizagens interpessoais; 8) promoção de um ambiente de apoio, proteção e correção mental, física, sociocultural e espiritual; 9) auxílio na satisfação das necessidades humanas; 10) e, a permissão de forças fenomenológicas/existenciais (Watson, 2002). Além disso, a teoria abrange sete pressupostos sobre o cuidar, os quais se postulam como um atributo valioso para a enfermagem: 1) o cuidado efetivo, demonstrado e praticado apenas interpessoalmente; 2) composto de fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas; 3) promove a saúde e o crescimento individual e familiar; 4) as respostas do cuidado aceitam a pessoa no agora e no que pode vir a ser; 5) o ambiente de cuidados é aquele que oferece o desenvolvimento potencial; 6) centralizado no cuidado e não na cura; 7) o cuidado é a essência da prática de enfermagem e é fundamental à mesma.

De acordo com Watson (1999), para cuidar em enfermagem é necessário que o enfermeiro seja um agente humanitário, e que enquanto pessoa este esteja envolvido como coparticipante ativo nas transações humanas do cuidar, apresentado como requisitos para o cuidar, o envolvimento pessoal, o envolvimento moral, o envolvimento espiritual, o compromisso para com o outro e o compromisso para com o próprio. A autora define a enfermagem como uma ciência humana de vivências e experiências, tanto de saúde como de doença, que se efetua de transações profissionais e individuais, científicas e éticas, do cuidar entre seres humanos. Desta forma, a prática de enfermagem deve ter por base o cuidar e os cuidados podem e devem abandonar definitivamente a esfera do impessoal para se tornarem pessoais, humanos e relacionais, caracterizando-se pela reciprocidade entre a equipa de enfermagem e a pessoa alvo de cuidados, não descartando a

necessidade de conhecimentos técnico-científicos, propondo um domínio sobre a tecnologia, mas enfatizando os aspetos sociais e espirituais da pessoa, em que cada pessoa é individual e deve ser cuidada como tal. O enfermeiro deve fornecer apoio, proteção e tomada de decisão baseada no conhecimento científico, e à pessoa cabe ter experiências positivas de mudança que levem à satisfação das suas necessidades humanas.

Inúmeras são as variáveis que afetam o bem-estar da pessoa, devendo as mesmas ser consideradas no cuidar em enfermagem, das quais, no contexto fulcral do cuidar a PSC e a pessoa com dor, destaco o conforto (Watson, 1985). Para a autora, o conforto é considerado como uma condição que interfere com o desenvolvimento interno e externo da pessoa/família, considerando que a sua ausência se torna prejudicial para o bem-estar físico e psicológico das mesmas. A mesma refere ainda que o conforto é uma variável que o enfermeiro pode parcialmente controlar através de atividades de suporte, proteção e/ou correção dos ambientes internos e externos da pessoa, mencionado também, que o “conforto criado pelo enfermeiro deve ajudar a pessoa a funcionar de modo eficaz tanto quanto o seu estado de saúde/doença lho permite” (Watson, 1998, p.97). Pelo exposto, o conforto é um resultado do cuidado e uma área de intervenção do processo de cuidar, particularmente suportado no oitavo fator de cuidado proposto. As medidas de conforto têm um lugar central no cuidar uma vez que este requer conhecimento sobre si e sobre a pessoa cuidada, nomeadamente, sobre os respetivos significados, respostas a problemas de saúde, comportamentos, necessidades, limitações, e carecendo também de conhecimento sobre o confortar, oferecer compaixão e conforto (Watson, 2002). Relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa com dor, a autora inclui nas medidas de conforto as intervenções farmacológicas e as não-farmacológicas, das quais destaco: o desenvolvimento de procedimentos terapêuticos (administração de terapêutica, aplicação de gelo e de calor, técnicas de relaxamento); posicionamentos; utilização do humor; e as massagens.

Nesta perspetiva, e no cuidar a PSC com dor, não só é necessário a realização de técnicas, mas é essencial mostrar uma relação profissional/pessoa, interesse, intuito de aliviar, confortar, apoiar, promover e restabelecer a saúde (Waldow, 1998). Ao enfermeiro especialista em PSC é conferida a responsabilidade de promover um

ambiente de apoio, proteção e correção tendo em conta as inúmeras variáveis que afetam a vida e bem-estar da pessoa, exercendo um papel diferenciado na gestão da dor (avaliação, controlo), gerindo as intervenções farmacológicas e a aplicação de intervenções não-farmacológicas para alívio da mesma (Regulamento nº. 124/201, de 20 de novembro).

1.2.A dor na pessoa em situação crítica

A dor é um fenómeno universal intrínseco ao Homem desde a sua existência, surgindo em todos os ciclos de vida da pessoa com uma diversidade multidimensional, abrangendo todos os estratos sociais, étnicos, religiosos e culturais. A dor tem sido descrita como uma experiência pessoal, subjetiva e multidimensional (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A dor é definida pela IASP (2014) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou descrita em termos de tal lesão. McCaffery (citado por Herr, Coyne, McCaffery, Manworren, & Merkel, 2011) considera ainda que a dor é aquilo que a pessoa experimenta, diz sentir, existindo sempre que a pessoa diz que existe. De acordo com Direção-Geral da Saúde (DGS), a dor é um dos sintomas mais frequentes e um dos principais fatores pelo qual a pessoa recorre aos cuidados de saúde, de forma a obter alívio da mesma (Direção-Geral da Saúde, 2008). Na circular normativa de 2003, a DGS equipara a dor como 5º Sinal Vital, considerando que a sua avaliação e gestão é um direito da pessoa, um dever do profissional de saúde e um aspeto fulcral para a humanização dos cuidados de saúde.

De forma a dar resposta à procura dos cuidados de saúde por dor, foi criado em 2001 em Portugal o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) (Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2001), que define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde, e as orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na gestão da dor. O PNLCD evoluiu para o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor) (Direção-Geral da Saúde, 2008), e posteriormente para o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A dor é um mecanismo de sobrevivência e proteção de extrema importância que permite alertar a pessoa para os perigos adjacentes ao estímulo. Relembrando sucintamente a fisiologia e fisiopatologia da dor, o Sistema Nervoso Central (SNC) regula o funcionamento do organismo, registrando estímulos internos e externos através de recetores, executando-os de forma a conceder uma resposta adequada (Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002), ou seja, o SNC é responsável por processar fisiologicamente os estímulos dolorosos. Apesar de este sistema operar um conjunto de neurónios sensoriais específicos, o mesmo é ativado exclusivamente por um conjunto de mecanismos de transdução periférica (Lee & Spanswich, 2006). Estes neurónios, designados de nociceptores são os responsáveis por conduzir a informação desde a periferia, onde é detetado o estímulo, até ao SNC através da medula espinal (que para além de ser uma via de circulação, é também o primeiro nível de integração da informação aferente e eferente). Quando os nociceptores são ativados, transmitem um estímulo através das longas fibras até à medula espinal e em seguida até ao córtex cerebral onde a dor é experienciada (Metzger et al., 2002). Os nociceptores são células localizadas na pele, nos músculos, nas vísceras e também no tecido conjuntivo, e respondem a estímulos que podem ser térmicos, mecânicos ou químicos. Após a deteção de um estímulo nociceptivo ocorre uma série de eventos elétricos e químicos, envolvendo este processo quatro fases distintas: a transdução; transmissão; modulação; e, a perceção.

A fisiopatologia da dor não é um assunto de interesse apenas para os investigadores atuais, já Melzack e Wall em 1995 (Moayedi & Davis, 2012; Bastos, 2005), fundaram a *Gate Control Theory* de forma a tentar descrever os mecanismos subjacentes à perceção da dor, incluindo esta mesma teoria as respostas fisiológicas e psicológicas na definição de dor. Os mesmos autores com esta teoria defendem a existência de um mecanismo de “portão” de controlo, efetuando-se a experiência a três níveis diferentes: o periférico, a medula espinal e o córtex cerebral. Este controlo é efetuado no sentido ascendente (inibir/facilitar a condução do estímulo da periferia para o cérebro), e descendente (do cérebro até aos cornos posteriores da medula). O mecanismo da teoria do “portão” é controlado pelas primeiras fibras (fibras finas) que permitem a abertura do “portão” da nocicepção e pelas segundas fibras (fibras mielinizadas) de grande diâmetro, que fecham o “portão” da nocicepção (Springhouse Corporation, 2006). Quando a informação

nociceptiva abrange um limiar que transpõe a inibição provocada, o “portão” é aberto ativando as vias que levam à experiência de dor (Moayedi & Davis, 2012). De acordo com a teoria do “portão”, a dor não é apenas uma experiência somática ou psicogénica, é também uma integração complexa das dimensões sensoriais, afetivas e cognitivas.

A realidade do alívio inadequado da dor, principalmente quando a pessoa não consegue autoavaliar (Doran, 2011), subsiste e continua a ser relatada em vários estudos que evidenciam a prevalência de dor na pessoa internada em UCI (Puntillo, citado por Gélinas, Arbour, Michaud, & Robar, 2012), apesar dos esforços endividados pelos profissionais de saúde, quer a nível da compreensão dos mecanismos da dor, da procura de alternativas de tratamento, ou ainda através da constante divulgação de estratégias para o controlo da dor, a mesma continua a ser um problema relevante, e geri-la na PSC, nomeadamente, em contexto de UCI e SU, em que a pessoa requer uma avaliação rápida e alterações estratégicas de tratamento imediatas, torna-se um desafio, levando muitas vezes os profissionais de saúde a desvalorizá-la, e a tratá-la de forma ineficaz. Autores como Berben et al. (2008), fazem referência a uma elevada prevalência de dor na PSC nas salas de emergência/trauma, quer na admissão da pessoa (91%), quer no momento da alta (86%). Esta prevalência acaba por ter uma influência decisiva na deterioração da qualidade de vida da pessoa e na atitude da mesma perante a doença.

A Ordem dos enfermeiros (OE) define a PSC como aquela em que “por disfunção ou falência orgânica profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente dos meios avançados de monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, de 20 de novembro, p. 8656).

Corroborando as competências de enfermagem nos domínios da prática profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2012), a dor é designada como foco de atenção contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção de complicações, respondendo desta forma aos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem definidos pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2001). De modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE publica em 2008 o Guia Orientador de Boa Prática – Dor, definindo: a) princípios orientadores da prática de cuidados à pessoa com dor, cuidador e família; b) recomendações para a prática profissional na área da prestação de cuidados, da

formação e das políticas organizacionais; c) algoritmo de atuação de enfermagem no controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Uma ausência de competências adequadas na área da gestão da dor e um conhecimento insuficiente por parte dos profissionais de saúde podem constituir-se como barreiras a uma avaliação correta da dor (Mocerri & Drevdahl, 2014).

1.3. Gestão da dor na pessoa em situação crítica

A gestão da dor definida por Reis (citado por Magalhães & Duarte, 2008) como um processo que envolve uma componente técnica e interpessoal, da qual a transformação em resultados dos recursos materiais e humanos e das tecnologias é o objetivo primordial da mesma.

A dor na PSC internada em UCI e SU pode não ser apenas resultado direto da lesão/trauma ou da doença em si, são inúmeras as fontes de dor nessas pessoas, designadamente, procedimentos invasivos de monitorização, dispositivos médicos (drenos, cateteres, ventilação mecânica), intervenções de enfermagem (higiene, pensos, aspiração de secreções, posicionamentos), processos inflamatórios adjacentes, e muitas vezes a imobilidade a que estão sujeitos (Lindinbaum & Milia, 2012). Como consequência destas intervenções, é fundamental o alívio da dor na PSC, sendo primordial a avaliação exaustiva da dor, assim como é imperativa a prioridade de intervenção dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, uma vez que as intervenções de enfermagem especializadas à PSC com dor devem ser direcionadas para:

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua por ter uma ou mais funções vitais em risco de vida imediata, como resposta às necessidades afetadas permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos (...) de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº. 124/201, de 20 de novembro, p. 8656).

A avaliação da dor requer não só a identificação das suas causas, mas também as suas características, intensidade e impacto na função e qualidade de vida da pessoa. A mesma permite assim uma correta intervenção perante a dor e um alívio mais eficaz desta, pondo término à subjetividade inerente à dor. A avaliação da dor assenta num princípio major, a autoavaliação, o “padrão ouro” (Franck, Greenber, & Stevens, 2000). Porém, na PSC a autoavaliação da dor é muitas vezes dificultada por alterações cognitivas e de comunicação, alteração do estado de consciência, presença de tubos endotraqueais e sedação (Herr et al., 2011), o que a torna particularmente vulnerável à dor. A gestão da dor na PSC não é frequentemente considerada uma prioridade, sobretudo na pessoa hemodinamicamente instável, assumindo assim a gestão da dor um papel secundário (Blenkharm, Siobhan, & Morgan, 2002).

Neste contexto específico, torna-se necessário recorrer a instrumentos de avaliação adaptados e de fácil aplicabilidade (Metzger et al., 2002). São vários os instrumentos de avaliação da dor que podem ser utilizados, dependendo da pessoa a quem se destina, da situação clínica e do estado de consciência da mesma. Os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais (escala visual analógica, escala numérica, escala das faces, entre outras); multidimensionais (questionário de McGill, inventário breve da dor, entre outros); comportamentais (*Flacc Behavioral Scale*, BPS, CCPOT, NVPS, ESCID).

A dor na pessoa que não a pode autoavaliar, deve ser avaliada através de observação de comportamentos (Pardo, Muñoz, Chamorro, & SEMICYUC, 2006). Uma correta avaliação da dor na PSC, e uma vez incapacitada de autoavaliar a mesma, requer o uso de instrumentos de avaliação que tenham em consideração que a resposta da pessoa à dor é tão individualizada como a pessoa que a experimenta, para tal, é necessário a aplicação de instrumentos que privilegiem a observação de indicadores comportamentais e fisiológicos de dor (Young, Siffleet, Nikoletti, & Shwa, 2006; Jacobi et al., 2002). Vários são os autores que definem os indicadores comportamentais e fisiológicos a serem avaliados na dor da pessoa incapaz de a autoavaliar. Assim, como indicadores comportamentais são definidos: movimentos corporais; *compliance* com o ventilador; sinais neuromusculares; e, expressão facial (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion, & Puntillo, 2004), e como

indicadores fisiológicos são definidos: cardiovasculares; respiratórios; e, cerebrais (Gélinas et al., 2004; Juarez et al., 2010).

Apesar da evolução neste campo Duignan e Dunn (2008) referem que continuam a existir limitações à avaliação da dor com origem nos profissionais de saúde (*deficits* de conhecimentos sobre os instrumento e aplicabilidade do mesmo, aumento da carga de trabalho, reestruturação do plano de cuidados, registos da intensidade da dor e intervenções efetuadas), na pessoa alvo de cuidados (relatos inadequados da dor, inadequado cumprimento terapêutico, entre outros), e nas organizações do sistema de saúde (não prioridade na gestão da dor com relação à causa fisiológica, inadequado acesso à terapêutica analgésica).

Enquanto profissionais de saúde, com responsabilidade pelo cuidar, os enfermeiros têm o dever de identificar a pessoa que sente dor, avaliar a sua intensidade, planear as intervenções adequadas ao seu controlo e reavaliar a dor. Estudos recentes revelam que cerca de 60% das pessoas referem ter experienciado dor moderada a intensa enquanto internados em UCI (IASP, 2010). A gestão da dor na PSC é uma meta difícil de atingir para o enfermeiro, contudo este encontra-se numa posição favorável para promover e intervir na avaliação e no controlo da dor, uma vez que são os profissionais que mais tempo passam perto da pessoa/família, prestando um constante apoio emocional, espiritual e pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Ao exercer a responsabilidade na gestão da dor, o enfermeiro tem de avaliar, intervir e monitorizar os resultados, bem como, comunicar as informações relativas à dor aos restantes membros da equipa de saúde (Rigotti & Ferreira, 2005).

Para um controlo eficaz da dor, torna-se necessário que sejam desenvolvidas competências na área da gestão da dor à PSC, sendo fundamental que os enfermeiros sejam detentores de conhecimentos técnico-científicos que demonstrem a importância da avaliação da dor, utilizando instrumentos precisos e adaptados para a sua realização.

O referencial teórico sucintamente apresentado, constitui-se como elemento norteador nas atividades realizadas nos três campos de estágio que irei descrever ao longo do próximo capítulo.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

Com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem no *continuum* do cuidar a PSC, o meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem foi realizado ao longo de três campos de estágio: uma UCI de um hospital privado, uma UCI de um hospital público e um SU Polivalente, todos situados na grande área de Lisboa. A escolha de ambas as UCI relaciona-se com a complexidade de cuidados disponíveis e com o facto de estarem implementadas escalas comportamentais de avaliação da dor. A minha experiência profissional, nomeadamente em SU, Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e em cuidados intensivos, levou-me a direcionar os objetivos de estágio nestes campos para o desenvolver de competências diversas, mas em concreto, desenvolver competências na gestão da dor na PSC incapaz de a autoavaliar. Optei por realizar um curto período de estágio no meu contexto de trabalho de forma a consciencializar a equipa de enfermagem para a temática retratada e apresentar um instrumento de avaliação da dor adaptado à PSC incapaz de a autoavaliar.

De forma a atingir os objetivos delineados, foram desenvolvidas atividades em cada campo de estágio, sendo algumas transversais aos três campos. São exemplo disso:

- Pesquisa bibliográfica;
- Análise de objetivos e atividades de estágio com o enfermeiro orientador.

A pesquisa de bibliografia foi uma atividade incessante ao longo da elaboração do projeto, e precedente ao presente relatório, ação que permitiu congregar um vasto corpo de conhecimentos que conduziu a uma prática teoricamente alicerçada na evidência científica. Para Watson (1985), a promoção da pesquisa bibliográfica é um importante fator para a ciência do cuidar, acrescentando que é talvez o único método que permite o controlo, a antecipação e, consequentemente, a autocorreção dos profissionais de saúde.

A análise conjunta dos objetivos de estágio permitiu, tendo em consideração os momentos de aprendizagem que os campos me poderiam propiciar, reformular e adequar as atividades ao contexto real, obtendo um maior número de aprendizagens e dar resposta ao meu processo de desenvolvimento de competências.

2.1. Estágio I - Unidade de Cuidados Intensivos I

A UCI deste hospital encontra-se a funcionar desde 2007; é uma unidade polivalente que presta cuidados à PSC do foro médico e das várias especialidades cirúrgicas (Cirurgia Geral, Urologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Cardiorácica, entre outras).

A admissão da pessoa na UCI faz-se por transferência do Serviço de Assistência Médica Permanente (AMP), Bloco Operatório (BO), serviços de internamento do hospital, serviço de hemodinâmica e por outros hospitais. Tem uma lotação de oito camas, em que todas as unidades são individualizadas, servidas por monitores, ventiladores e sistemas de infusão e perfusão. Das oito unidades, uma permite isolamento da pessoa (com pressões negativas e positivas), e outras duas estão equipadas para realização de técnicas de substituição renal.

A equipa multidisciplinar é constituída por oito médicos da especialidade de medicina intensiva (dois de permanência até às 21 horas, e um até às 8 horas), 32 enfermeiros (dois em horário fixo) e 30 distribuídos por quatro equipas em horário *roulement*, dez assistentes operacionais e um técnico administrativo. Integram também a equipa, a tempo parcial, fisioterapeutas, dietistas, farmacêuticos, técnicos de imagiologia e médicos de várias especialidades. Estão sempre presentes quatro enfermeiros por turno na prestação direta de cuidados, o que perfaz um rácio de 1:2. O planeamento e organização dos cuidados a prestar é realizado no início de cada turno pelo enfermeiro chefe de equipa. O plano de distribuição de trabalho não obedece a critérios da continuidade de cuidados, mas antes ao grau de dependência da pessoa. O método utilizado é o individual em que cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados prestados à pessoa que lhe é atribuída durante o turno, favorecendo a relação enfermeiro/pessoa/família.

O estágio decorreu no período de 6 de outubro a 30 de novembro de 2014, num total aproximadamente de 200 horas.

Os objetivos e as atividades delineadas para este campo de estágio encontram-se descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio I

Objetivos	Atividades
1- Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<p>Visita guiada à UCI, consulta dos protocolos, normas, procedimentos e projetos desenvolvidos e em desenvolvimento;</p> <p>Recolha de informação sobre a constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e métodos de distribuição de trabalho;</p> <p>Conhecer o circuito da pessoa (da admissão à alta) no serviço e a articulação com outros serviços.</p>
2- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família	<p>Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família;</p> <p>Reflexão sobre a prática de enfermagem;</p> <p>Realização de estudo de caso.</p>
3-Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor à PSC incapaz de a autoavaliar	<p>Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem perspetivando a gestão da dor à PSC incapaz de a autoavaliar;</p> <p>Reconhecer procedimentos causadores de dor antecipando a gestão;</p> <p>Avaliar a dor na PSC em UCI incapaz de autoavaliar a dor;</p> <p>Sessão de formação “Intervenção de Enfermagem na Pessoa com dor em UCI. Uma Possibilidade”;</p> <p>Frequência das 22ª Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta.</p>

Objetivo 1 – Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço

No processo de integração no serviço, senti necessidade de perceber a sua dinâmica organizacional, mais especificamente, o espaço físico, os circuitos da pessoa internada, a organização funcional e a articulação do mesmo com os outros serviços do hospital. Consultar as normas, procedimentos e protocolos disponíveis na UCI através da plataforma informática do hospital, foi um passo importante no meu processo de integração. Foi também essencial neste processo, manusear os sistemas informáticos existentes para consulta do diário clínico e registos de enfermagem, possibilitando-me desta forma ser mais ativa na prestação de cuidados à pessoa.

No que se refere à articulação da UCI com os outros serviços, esta faz-se de forma mais direta com o AMP, com o BO, com o serviço de hemodinâmica, com o serviço de imagiologia, e de forma mais indireta com os restantes serviços de internamento. Durante o estágio tive oportunidade de conhecer a articulação com outros serviços, nomeadamente, através do transporte intra-hospitalar da pessoa, quer ao serviço de imagiologia, quer ao BO, contribuindo estes momentos para a integração na equipa multidisciplinar. Desta minha experiência não posso deixar de enfatizar a integração de cuidados subjacentes entre as várias equipas, garantido à pessoa os cuidados efetivamente necessários, no tempo e local adequados a cada situação. Este método de cuidados, para além de ganhos em saúde, eleva os níveis de eficácia do trabalho entre as várias equipas.

Resultados – Considero que o bem-sucedido processo de integração na equipa multidisciplinar da UCI facilitou o conhecimento dos vários elementos, da estrutura física, organizacional e funcional do serviço, o que permitiu a visão e compreensão de toda a sua dinâmica, potenciando não só a antecipação das constantes adversidades, como também, a minha autonomia profissional.

A motivação para aprender, a dedicação, o empenho, a exigência para comigo própria, em conjunto com a disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar, particularmente do enfermeiro orientador, foram um contributo essencial para o sucesso da minha integração, para o desenvolvimento positivo do estágio, bem como, para o êxito nas aprendizagens obtidas.

Objetivo 2 - Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família

A precedente experiência profissional na área da urgência/emergência e cuidados intensivos fez com que a prestação de cuidados de enfermagem na UCI não fosse de todo uma novidade para mim tornando-se, como já referido, um fator facilitador na integração. Ao longo do estágio colaborei na prestação de cuidados de enfermagem em diferentes situações de saúde, nomeadamente, no cuidar à pessoa com risco de instabilidade hemodinâmica, assim como, na pessoa a realizar técnica de substituição renal.

A UCI caracteriza-se por um ambiente de prestação de cuidados de saúde diferenciados à pessoa e à sua família, associados a uma sofisticada tecnologia de monitorização e intervenção terapêutica. No entanto, esta gestão de cuidados varia de pessoa para pessoa, exigindo uma frequente reorganização de prioridades. A imprevisibilidade na UCI, à semelhança da urgência, é uma constante, contudo o desafio prendeu-se no estabelecimento destas novas prioridades e no manuseamento das diferentes tecnologias de monitorização e tratamento.

A admissão da pessoa numa UCI resulta na maioria das vezes de um evento inesperado, facto que se repercute na pessoa e na família, tornando-se uma experiência desagradável, uma vez que esta é afetada pelo medo do desconhecido, num ambiente estranho, associado à preocupação da situação clínica. O Internamento em UCI constitui-se, por si só, como uma situação geradora de ansiedade e insegurança para a pessoa/família (Veríssimo & Sousa, 2014).

A família experimenta uma forte necessidade de informação e apoio por parte dos profissionais de saúde. A intervenção do enfermeiro deve ser orientada no sentido de estabelecer uma comunicação eficaz, clara e concisa, adequada a cada pessoa, parecendo esta ser suficiente para diminuir o *stress*, a ansiedade e aumentar os níveis de confiança (Esteves, 2012). Este fornecer de informação é considerada por também por Watson (1985) como uma medida de conforto, evidenciando a importância de uma informação explícita no processo de redução de medos e ansiedade inerentes aos momentos de *stress* de um internamento em UCI. No sentido de desenvolver as competências de comunicação interpessoal e minorar o sentimento de ansiedade e insegurança da família, colaborei ativamente no processo de acolhimento, preparando a família para uma visão geral do que poderia observar, explicando qual a finalidade dos equipamentos, dos alarmes, dos dispositivos, os procedimentos e as intervenções efetuadas.

O acolhimento e o horário alargado de visita na UCI, constituíram-se uma dimensão significativa no processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento de uma relação terapêutica com a pessoa/família, contribuindo através do mesmo, da comunicação e escuta eficaz para o bem-estar físico e psicológico da família.

A necessidade de comunicação não absorve somente a família mas também a PSC, acarretando muitas consequências relacionais e emocionais para a mesma, sendo de salientar a importância em manter a comunicação verbal e não-verbal na

prestação de cuidados de saúde, através de instrumentos e técnicas de apoio (Collière, 2000). De forma a manter a comunicação com a PSC, utilizei durante o estágio um instrumento complementar de comunicação disponível no serviço – “Guia Complementar de Comunicação Verbal”. Foi bem perceptível a importância dada pela pessoa e família a este instrumento, sendo muitas vezes o único meio de comunicação exequível.

Ainda neste contexto, e tendo por base os fatores da teoria de Watson (1985), a segurança da pessoa enquanto elemento chave na qualidade dos cuidados assume uma enorme relevância na manutenção de um ambiente terapêutico seguro. Direcionando o supra citado para o local de estágio, faço aqui referência à Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV), considerada um problema comum nas UCI, onde a prevenção é essencial e multifacetada (Standring & Oddie, 2011). Os enfermeiros têm responsabilidade na prevenção de complicações para a saúde da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2001), adotando ao longo do estágio as medidas preventivas preconizadas para a prevenção da PAV, assim como, colaborei conjuntamente com o enfermeiro orientador nas auditorias efetuadas às medidas de prevenção da PAV. Foi notória a preocupação de toda a equipa no cumprimento e na busca constante de atualização destas mesmas medidas, elevando os padrões de qualidade dos cuidados.

No decorrer desta aprendizagem, fez parte do desenvolvimento de competências a reflexão crítica sobre a prática. É importante refletir sobre a experiência, refletir sobre a nossa ação de forma a perceber onde falhamos e porque falhamos, onde podemos melhorar, o que foi efetuado com sucesso e porquê, agindo de forma diferente numa situação semelhante, aumentando a confiança profissional nos cuidados de saúde prestados. A prática reflexiva é considerada o fio condutor para se aprender com a experiência e um meio para a capacitação de estudantes e profissionais (Santos & Fernandes, 2004). Ao longo do estágio, para além dos momentos de reflexão individual, consegui ter momentos de reflexão em conjunto com o enfermeiro orientador, com o enfermeiro chefe do serviço e com a professora orientadora, que me permitiram direcionar e readaptar o meu caminho ao longo deste período. Não posso deixar de enfatizar que a prática reflexiva foi um exercício transversal a todo o curso de mestrado o qual transporte para o meu quotidiano profissional.

A realização de um estudo de caso, e sendo esta uma abordagem metodológica de investigação que permite mais profundamente explorar, descrever e analisar os dados no seu contexto real (Yin, 2001), permitiu-me analisar de forma sistematizada uma situação de cuidados, desde a pesquisa realizada para o enquadramento teórico e a ligação da situação selecionada com o referencial teórico (Teoria do cuidar de Watson) até à organização e sistematização dos cuidados de enfermagem através de um plano de cuidados, com o levantamento de diagnósticos adequados à situação, planeamento e execução de atividades, e posterior avaliação dos resultados obtidos.

Resultados – Todas as atividades descritas anteriormente foram um veículo facilitador para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC em situação de emergência, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica nos diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente, mantendo de forma autónoma e contínua o processo de desenvolvimento pessoal e profissional, aprofundando o nível de conhecimento na área de especialização, assim como, no desenvolvimento de um discurso fundamentado e no aprimorar de uma metodologia de trabalho eficaz (Regulamento n.º 124/2011, de 20 de novembro).

A prestação direta de cuidados de enfermagem à PSC do foro médico, cirúrgico, neurocirúrgico/neurológico, como já referido anteriormente, direcionou-se para o estabelecimento de prioridades e antecipação de instabilidade à pessoa, sendo de destacar aqui a importância na mobilização de conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares – Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma, bem como, a minha experiência profissional em emergência e reanimação.

De sublinhar ainda a importância no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na gestão da comunicação interpessoal e na gestão do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família (Regulamento n.º 124/2011, de 20 de novembro), mobilizando esses mesmos conhecimentos para a minha prática de cuidados de enfermagem num SU.

Como referido, os momentos de reflexão, quer individual, quer em conjunto, foram uma ferramenta útil e essencial no desenvolver de competências

especializadas de enfermagem, permitindo-me disfrutar das oportunidades de aprendizagem disponíveis, arvorando a minha práxis em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011, de 29 de maio).

A realização do estudo de caso permitiu-me analisar de forma estruturada uma situação de cuidados, aprofundando conhecimentos sobre a patologia através da pesquisa bibliográfica, articular a teoria com a prática de cuidados de enfermagem, enfatizando a importância da necessidade de atualização contínua no conhecimento profissional do enfermeiro.

Objetivo 3 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor à Pessoa em Situação Crítica incapaz de a autoavaliar

Cuidar a pessoa com dor, em qualquer contexto de cuidados, constitui um desafio para o enfermeiro pois, perante a dor, a pessoa não sente o mesmo, não reage e não a verbaliza da mesma forma, tornando-se um procedimento complexo em contexto de UCI uma vez que a pessoa se encontra incapacitada de comunicar, fruto da necessidade de ventilação e sedação.

A capacidade de gerir a dor da pessoa passa por reconhecer a existência da mesma. Procurei junto da pessoa/família compreender e identificar a dor, as suas características, localização, fatores de alívio e agravamento.

Como também já foi referido, em contexto de UCI, para além de subjacente à patologia, a dor pode resultar de outros procedimentos (Ferreira et al., 2014). Apesar de todos os esforços realizados até ao momento, a dor continua a ser reportada inúmeras vezes pela pessoa internada em UCI (Caetano, Lopes, Dias, & Duarte, 2013).

Recordo uma situação de cuidados específica que passo a partilhar: Tratou-se de uma pessoa do sexo masculino, admitida por correção cirúrgica e ortopédica ao membro inferior. Aquando da abordagem da pessoa para a realização de penso cirúrgico, a mesma apresentava alguma agitação e ansiedade. Na comunicação com a pessoa, percebi que não era a sua primeira cirurgia e que experiências anteriores tinham provocado desconforto e dor. Tentei tranquilizar comunicando à equipa médica esta informação, sendo instituída terapêutica analgésica, posicionando o membro inferior. No final do procedimento e reavaliada a dor, este apresentava uma

dor ligeira (escala numérica). Nesta experiência de cuidados gostaria de sublinhar a importância do reconhecimento da existência de dor, assim como a importância do controlo da dor como uma preocupação do enfermeiro.

No decorrer da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor, e evidenciando a temática central deste relatório, destaco o reconhecimento de possíveis estímulos causadores de dor intervindo atempadamente, bem como a aplicação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o conforto da mesma. Como procedimentos potencialmente causadores dor identifiquei: os posicionamentos, as transferências das camas para os cadeirões, as punções venosas, o manuseamento dos dispositivos e os procedimentos invasivos (cateter periférico, cateter venoso central, linha arterial, cateter de hemodiálise). No caso das transferências da cama para o cadeirão e dos posicionamentos, foi possível verificar e com recurso à escala qualitativa, que em grande parte das situações a comunicação com a pessoa, de forma tranquila, informando-a do que ia acontecer, usando por vezes o humor e a distração, reduzia em parte a sua ansiedade da pessoa manifestando dor ligeira ou mesmo ausência da mesma. A este propósito, Yancey e Brand (citados por Kolcaba, 2003), salientam a importância da redução da ansiedade como um objetivo fundamental na gestão da dor, reduzindo a necessidade de intervenções terapêuticas (administração de opióides). A utilização de uma voz tranquila, informação e a utilização do humor são referidas por Faigles et al. (2013) como intervenções não-farmacológicas utilizadas para o controlo da dor associada aos posicionamentos. Quanto ao manuseamento de procedimentos invasivos, para além de intervenções das farmacológicas e das não-farmacológicas descritas anteriormente, existe a preocupação em posicionar a pessoa na posição anatómica mais confortável possível, vigiando sinais e sintomas de perfusão e alertando o médico para qualquer alteração.

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2010), na avaliação da dor na pessoa com incapacidade para a autoavaliar, nenhuma estratégia por si só é suficiente para se realizar uma correta avaliação da mesma. É imperativo conhecer os antecedentes pessoais, observar comportamentos e recolher informações dos prestadores de cuidados, sendo este conjunto de informações fulcrais para a avaliação da dor. Na pessoa incapaz de comunicar a dor, a avaliação é realizada através de elementos de substituição baseados em comportamentos como a

expressão facial, a reação motora/postura, a reação emocional e indicadores fisiológicos (Powell, Downing, Ddungu, & Powell- Mwangi, 2010).

A escala comportamental em utilização nesta UCI é a *Non Verbal Pain Scale* (NVPS), criada pela Universidade de *Rochester* em 2005, orientada para a monitorização da dor na pessoa adulta incapaz de avaliar a dor.

Esta avaliação através da escala NVPS tornou-se um desafio para mim; porque me era desconhecida e também porque a dor da pessoa é sempre subjetiva, acrescido do facto de não ser capaz de a autoavaliar. Contudo, durante o estágio, a avaliação da dor com recurso a esta escala permitiu-me desenvolver competências na mesma, tornando-me mais segura na sua aplicação. Foi-me possível verificar que os enfermeiros da UCI fazem a avaliação e o registo da dor das pessoas internadas no serviço em quase todos os turnos, verificando-se que em situações de dor com instituição de medidas farmacológicas e não-farmacológicas a dor é reavaliada, mas maioritariamente, não é registada. Sendo esta realidade referida como um dos problemas na gestão da dor - o não registo sistemático da mesma - Sousa (2009) diz-nos que um controlo eficaz da dor passa pela sua correta monitorização e registo, permitindo assim a sua acessibilidade por todos os elementos da equipa de saúde.

Em conversas informais com os elementos da equipa de enfermagem abordei outros instrumentos de avaliação da dor. Uma vez que alguns dos elementos não se encontravam familiarizados com os mesmos, foi-me proposto a apresentação de outros instrumentos passíveis de ser utilizados. De forma a consciencializar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação e do registo da dor, dando a conhecer outras escalas comportamentais validadas para português, elaborei em parceria com o enfermeiro orientador e o enfermeiro chefe do serviço uma sessão de formação intitulada “Intervenção de enfermagem na Pessoa com Dor numa UCI. Uma possibilidade” (Apêndices I, II).

Na sessão de formação estiveram presentes oito enfermeiros do serviço. Por contingências inerentes ao mesmo não foi possível a presença de um maior número de enfermeiros. Os enfermeiros mostraram bastante interesse nas escalas apresentadas, refletindo sobre a subjetividade inerente à avaliação da dor na pessoa que não a consegue autoavaliar, reconhecendo a importância da avaliação, do registo e do controlo da dor na promoção do conforto na PSC. Para que melhor

compreensão houvesse na utilização das escalas apresentadas, proporcionei um momento de interação entre os elementos da equipa através de um caso clínico (Apêndice III) que foi resolvido durante a sessão, ao qual se seguiu uma discussão por forma a dar visibilidade à subjetividade na avaliação da dor. Constataram-se diferentes interpretações das reações comportamentais depreendendo-se que a aplicação das escalas de avaliação da dor requer formação e treino, corroborando com Batalha et al. (2013).

Após a realização da sessão de formação, e no sentido de melhor dar a conhecer as pesquisas efetuadas acerca da gestão da dor na pessoa incapaz de a autoavaliar, sugeri ao enfermeiro orientador a criação um *dossier* temático em suporte físico, devidamente catalogado com os artigos considerados de interesse sobre a temática para que a equipa de saúde pudesse consultar sempre que sentir necessidade. Junto das equipas de enfermagem validei não só a importância da existência deste instrumento, mas também a informação que consideravam pertinente. Este *dossier* foi disponibilizado em local de fácil acesso seguindo-se a sua divulgação nas passagens de turno.

Durante este estágio tive oportunidade de estar presente nas 22^a Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta, das quais destaco a conferência “Opióides, Pipocas, Halloween e São Valentim”, as mesas “Dor aguda no Peri operatório” e “A Dor: do corpo traído ao corpo desejante”.

A conferência “Opióides, Pipocas, Halloween e São Valentim”, despertou o meu interesse tendo como ideia principal a desmistificação do receio da prescrição e toma de opióides no tratamento da dor. O palestrante comparou a importância das tradições festivas nos Estados Unidos da América, como o *Halloween* e o São Valentim, com a importância dos consumos ilícitos de opióides fortes, como consequência do aumento da mortalidade associada à *overdose*. Embora para Portugal tenham sido importadas as tradições festivas, o consumo ilícito de opióides fortes parece que ainda não o foi, concluindo-se assim que a prevenção desta situação passa pela educação, vigilância das prescrições e dos consumos de opióides.

Da mesa “Dor aguda no peri operatório” saliento a abordagem de um sistema de registo existente a nível Europeu denominado *Pain Out*, que tem como objetivo melhorar o atendimento clínico da pessoa através da recolha por questionário, e

tratamentos dos relatos de dor da mesma no pós-operatório, sendo estes dados tratados e posteriormente divulgados *on-line* a cada hospital, e comparados com os demais hospitais. Com isto, pretende-se a mudança de práticas ao longo dos tempos, a melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a diminuição dos custos em saúde. Destaco a possível implementação deste sistema nos hospitais em Portugal.

A enfatizar também a multidisciplinariedade no tratamento da dor, destacando a mesa “A Dor: do corpo traído ao corpo desejante”, organizada por uma psicóloga, uma psiquiatra e uma psicomotricista, onde foi dado relevo ao trabalho desenvolvido em conjunto, uma vez que a pessoa com dor muitas vezes rejeita o corpo, culpabilizando-o pelas suas limitações, sendo necessário desconstruir e reconstruir a imagem corporal. Ainda em relação a este tema, o *workshop* “Saber e Sabores” apresentado por uma dietista e um nutricionista deu ênfase à complexidade do problema podendo levar à desnutrição da pessoa, assim como, à importância do trabalho realizado em equipa.

Um outro aspeto também discutido nestas jornadas foi a importância do médico de família, devendo haver um acompanhamento e apenas haver referência à consulta da dor quando o problema não é resolúvel no âmbito dos cuidados primários.

Resultados – Desenvolver competências de enfermagem na gestão da dor da PSC, bem como, o reconhecimento e antecipação da dor, não só através da aplicação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, como também estabelecendo uma relação de confiança com a pessoa de forma a minimizar o sentimento de ansiedade e angústia perante situações de dor, foram meu propósito neste decurso do estágio. A experiência desenvolvida na prestação de cuidados de enfermagem à PSC com dor constituiu um importante contributo para o desenvolvimento das competências especializadas de enfermagem na gestão da dor e na antecipação da mesma (Regulamento nº 124/2011, de 20 de novembro).

O contato diário com a PSC incapaz de autoavaliar a dor permitiu-me conhecer mais detalhadamente a escala comportamental de avaliação da dor na UCI, assim como adquirir perícia na sua aplicação, otimizando os resultados das intervenções de enfermagem.

A realização da sessão de formação permitiu-me contribuir para o conhecimento da equipa de enfermagem do serviço, enfatizando a necessidade da avaliação, de registo e reavaliação sistemáticos da dor. A realização desta atividade contribuiu também para o desenvolvimento de competências na formação de pares, assumindo a minha responsabilidade como dinamizador de aprendizagem na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011, de 29 de maio).

A frequência das Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta, contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na gestão da dor (Regulamento nº 124/2011, de 20 de novembro). Eventos como este, incentivam a partilha de experiências e de discussão de temas com peritos na área, estimulando a reflexão e contribuindo para a desenvolvimento de uma *práxis* clínica com base em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº 122/2011, de 29 de maio).

2.2. Estágio II - Unidade de Cuidados Intensivos II

Este serviço, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, é uma UCI Polivalente nível III, tendo capacidade para admitir pessoas em situação crítica de elevada complexidade do foro médico, cirúrgico e traumatológico (Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2003).

As pessoas admitidas são geralmente provenientes do SU do mesmo hospital, podendo também haver admissões diretas com pessoas provenientes de outros hospitais ou mesmo provenientes da rua, transportados geralmente por uma equipa de VMER.

Esta Unidade encontra-se dividida em seis salas com capacidade para 12 camas, das quais, oito destinadas a cuidados intensivos e quatro a cuidados intermédios, distribuídas por duas salas. Existe ainda uma sala de isolamento com pressão negativa. O espaço físico engloba, para além dos espaços comuns (sala de enfermagem, refeitório, armazém de material de consumo clínico, sala médica, entre outros), uma sala de diálise, onde se realizam técnicas de substituição renal.

A equipa multidisciplinar é constituída por uma equipa médica comum, com especialistas em medicina interna, um pneumologista e a maioria com subespecialidade em medicina intensiva, em presença física 24 horas por dia. A

equipa de enfermagem é constituída por 53 enfermeiros: cinco na área de gestão, incluindo a enfermeira chefe do serviço e, 48 prestação direta de cuidados, distribuídos por quatro equipas em horário de *roulement*, numa distribuição de um enfermeiro por sala, ou seja, num rácio de 1:2 nas salas de cuidados intensivos e 1:4 nas salas de cuidados intermédios. A equipa é ainda constituída por uma equipa de assistentes operacionais e um técnico administrativo no período da manhã.

O método de trabalho é o método individual, em que cada enfermeiro é responsável pela totalidade de cuidados prestados à pessoa, avaliando e coordenando esses mesmos cuidados (Costa, 2004). O estágio decorreu no período de 1 de dezembro de 2014 a 31 de janeiro de 2015, num total aproximadamente de 250 horas.

No quadro que se segue exibe-se os objetivos delineados e as atividades correspondentes para este campo de estágio.

Quadro 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio II

Objetivos	Atividades
1 - Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<p>Visita guiada à UCI, consulta dos protocolos, normas, procedimentos e projetos desenvolvidos e em desenvolvimento;</p> <p>Recolha de informação sobre a constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e métodos de distribuição de trabalho;</p> <p>Conhecer o circuito da pessoa (da admissão à alta) e a articulação com outros serviços.</p>
2 - Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família	<p>Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família;</p> <p>Reflexão sobre a prática de enfermagem;</p> <p>Realização de jornal de aprendizagem.</p>
3 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na PSC incapaz de a autoavaliar	<p>Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem perspetivando a gestão da dor à PSC incapaz de autoavaliar;</p> <p>Avaliar a dor na PSC em UCI incapaz de autoavaliar a dor;</p> <p>Reconhecer procedimentos causadores de dor antecipando a gestão;</p> <p>Realização de jornal de aprendizagem.</p>

Objetivo 1 - Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço

Este serviço não era para mim totalmente desconhecido uma vez que está localizado no mesmo hospital onde desempenho funções, e para o qual é frequente a transferência de PSC, assim como a transferência de pessoas para realização de técnica de substituição renal. Porém, foi essencial para a minha integração no serviço a consulta de normas, procedimentos e protocolos disponíveis. Foi também importante o conhecimento da estrutura física, circuitos do serviço da pessoa e a articulação com os outros serviços. Durante a primeira semana de estágio assisti à passagem de turno de enfermagem no período da manhã, com os chefes das equipas de enfermagem, com os elementos de gestão e com a enfermeira chefe do serviço, onde me foi possível conhecer mais pormenorizadamente o sistema organizacional do serviço.

O sistema informático foi um aspeto importante na minha integração pois o sistema informático existente era diferente do por mim utilizado, pese embora a instituição de saúde ser a mesma. Este domínio permitiu-me pesquisar dados clínicos sobre a pessoa, fazer registos das intervenções realizadas, adaptar-me à realidade informática do serviço e tornar-me mais segura na prestação de cuidados.

A partilha dos objetivos do meu projeto, a discussão e a análise dos mesmos com o enfermeiro orientador e com a enfermeira chefe do serviço, permitiu-me proceder a alguma reformulação visando um maior número de oportunidades de aprendizagem.

Resultados – A integração no serviço foi essencial para a minha permanência num contexto novo, como elemento ativo e participativo na prestação de cuidados. O conhecimento mais aprofundado do serviço e a integração bem-sucedida na equipa multidisciplinar, facilitada pelo conhecimento prévio de vários elementos e pela partilha da missão e valores do Centro Hospitalar onde está integrado, permitiram-me uma melhor compreensão de toda a dinâmica da UCI. A disponibilidade e colaboração do enfermeiro orientador bem como de outros elementos da equipa disciplinar, coadjuvaram todo este processo de integração e, conseqüentemente, o desenvolvimento do estágio

Objetivo 2 - Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família

A experiência de 14 anos de trabalho na área de urgência, com experiência em cuidados intensivos e VMER, fez com que as intervenções de enfermagem realizadas na UCI não fossem uma novidade, pelo contrário, foram um meio facilitador de integração no serviço. Os cuidados de enfermagem em UCI diferenciam-se dos cuidados prestados noutros serviços pelo desenvolvimento tecnológico, pela monitorização contínua, pela intervenção terapêutica, pelos recursos humanos e materiais, e pela prestação de cuidados diferenciados à PSC (Almeida & Ribeiro, 2008), sendo os mesmos complexos, requerendo formação e atualização constante, de forma a reconhecer, prevenir e detetar antecipadamente as complicações, assegurando as intervenções adequadas em tempo útil. Embora as UCI sejam consideradas locais “ideais” para cuidar a PSC, estas constituem-se como ambientes agressivos, traumatizantes (Vila & Rossi, 2002), não só para a pessoa internada, como também para as suas famílias.

A família torna-se muitas vezes, a principal fonte de recolha de informação sobre a história clínica da pessoa (Norton, 2007), devendo por isso ser logo incluída nos cuidados à pessoa, principalmente no que diz respeito à tomada de decisão e à autorização de procedimentos. A presença da família junto da pessoa num horário alargado constituiu uma novidade, à semelhança do sucedido no estágio anterior, tornando-a parceira nos cuidados, mas também alvo dos mesmos. O cuidado de enfermagem desenvolve-se na relação com a pessoa cuidada e com a família, sendo a comunicação um aspeto fundamental para que se estabeleça uma relação interpessoal. Como estratégia de humanização nos cuidados à família e integração da mesma nestes cuidados, realizei o seu acolhimento demonstrando disponibilidade para escutar, através de uma postura e gestos, tendo em conta a unicidade e a singularidade da mesma (Watson, 1985, 2002). Penso ter respeitado os seus valores e crenças, dando-lhe espaço para o esclarecimento de dúvidas. Assim, a transmissão de informação mostrou-se essencial na relação de ajuda uma vez que a família tem necessidade de informação para compreender o que está a acontecer, participar na decisão para que os próprios possam ser fios condutores de suporte à pessoa internada (Phaneuf, 2005).

Na realidade, durante a minha permanência na UCI foi possível atestar esta prática entre a equipa, existindo uma grande preocupação com a comunicação, apoio e proximidade, na interação com a família.

Muitos foram os momentos enriquecedores ao estabelecer uma relação de ajuda com a família. Relembro uma situação de cuidados passada numa fase crítica para a pessoa e para a família que culminou em morte. Perante uma situação de paragem cardiorrespiratória, numa jovem de 19 anos de idade, os pais foram a primeira visita nos cuidados pós-reanimação. Após informação da situação pela equipa médica, a família pediu para ficar junto do seu familiar. Segundo Watson (2002) quando existe a experiência de uma perda, todo o viver da família é afetado culminando numa desarmonia entre as três esferas principais do estar da pessoa (mundo; mente/emoção; corpo/alma). Tentei proporcionar à família a máxima privacidade que estes momentos exigem, mostrando disponibilidade e presença, estando eu, o enfermeiro orientador e o médico presentes junto da mesma, preservando a sua dignidade e integridade em silêncio. No meu processo de aprendizagem pessoal e profissional, tendo por base os fatores da teoria do cuidar, este momento permitiu desenvolver uma relação de ajuda/confiança e promover a expressão de sentimentos positivos e negativos à família em questão, permitindo-me também, o cultivo da sensibilidade do próprio “eu”. Para Watson (1985), reconhecer os próprios sentimentos e expressá-los promove o autodesenvolvimento e a autorrealização dos profissionais, o que autentico.

Na vivência desta experiência de cuidados gostaria de sublinhar a mobilização do conhecimento adquirido numa Unidade Curricular, particularmente, o protocolo de Spikes no que se refere à notificação da morte e aos diferentes momentos que devem ser incluídos nesta abordagem à família (Baile et al., 2000).

Outra dimensão significativa deste estágio foi a vulnerabilidade da PSC e da sua família. Sendo a vulnerabilidade um dos princípios éticos desde a Declaração de Barcelona em 1998 e a sua defesa um dos valores da enfermagem, salvaguardando a dignidade humana da pessoa e sua família, esta constitui-se como um novo foco de atenção na minha prestação de cuidados de enfermagem. Existem diversas formas de vulnerabilidade como descritas por Scanlon e Lee (2007), destacando neste contexto de UCI a vulnerabilidade física, associada à pessoa, e a vulnerabilidade psicológica, associada não só à pessoa, mas também à sua família.

A Imprevisibilidade do desenvolvimento das situações em UCI, torna as pessoas vulneráveis e dependentes de outros (Scanlon & Lee, 2007).

Outras das áreas de grande importância para o enfermeiro é a prevenção e controlo da infeção hospitalar, em consonância com as competências a desenvolver para o mestrado na área de especialização PSC onde é referido que o enfermeiro deve potenciar a intervenção na prestação, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010). Sendo responsabilidade do enfermeiro cumprir as normas de boas práticas recomendadas pelas comissões de controlo de infeção hospitalar, no decorrer do estágio tive oportunidade de realizar, conjuntamente com o enfermeiro orientador, auditorias à técnica de higienização das mãos. As auditorias são ferramentas utilizadas pela referida comissão para identificar desvios em relação aos padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados, mas também para identificar problemas que requerem ações de melhoria por parte da equipa (Santos, 2008). A divulgação e a monitorização dos resultados até ao término do estágio ainda não tinha sido efetuada, contudo, foram-me disponibilizados os mesmos à *posteriori*, apresentados e analisados no Apêndice IV.

Num período de dois turnos, em conjunto com o enfermeiro orientador, monitorizei os cuidados de enfermagem prestados na UCI. No final do estágio, num dos momentos de reflexão com o enfermeiro orientador, foi-me solicitado que indicasse alguns aspetos positivos e a melhorar dos cuidados desenvolvidos com algumas sugestões concretas.

O desenvolver de novas competências induz inevitavelmente à reflexão sobre a prática de cuidados, uma introspeção sobre e na ação, reconstruindo o conhecimento já adquirido, mobilizando saberes adquiridos na experiência (Bernardino, 2007).

A realização do jornal de aprendizagem visou uma reflexão sobre uma situação real de cuidados, analisando o que senti, o que pensei e como agi, contribuindo para a construção de uma nova perspetiva da experiência e uma projeção futura em situação semelhante.

Resultados – A minha prestação direta de cuidados de enfermagem decorreu maioritariamente nas salas de cuidados intensivos, tendo desenvolvido competências na abordagem à pessoa do foro médico, cirúrgico, orto-traumatológico

e neurocirúrgico, com necessidade de cuidados emergentes, principalmente na antecipação da instabilidade e falência orgânica e na assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Salienta-se a aquisição de capacidade de resposta mais adequada e atempada às situações, mobilizando os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma.

Através da discussão de casos clínicos com os enfermeiros peritos reconheço maior solidez de conhecimentos que me conferem maior segurança na prática diária clínica, possibilitando a associação dos sinais e sintomas, antevendo focos de instabilidade. Desenvolvi o processo de tomada de decisão assente na identificação da situação problema e na atuação, de forma a minimizar o risco para a pessoa.

Prestei cuidados de enfermagem com base nos padrões de conhecimento científico, promovendo práticas de cuidados individualizados, respeitando os direitos humanos, suportados por um conjunto de princípios e valores morais, éticos, socioculturais, pessoais e normas deontológicas. Demonstrei conhecimento na gestão da ansiedade e medos vivenciados pela PSC e sua família, bem como demonstrei uma atitude facilitadora de comunicação no processo de morte.

Colaborar na realização da auditoria à técnica de higienização das mãos na UCI foi um acréscimo ao meu conhecimento pessoal e profissional na área de gestão dos cuidados, pois permitiu-me observar o empenho dos profissionais no cumprimento de normas e procedimentos, assim como o interesse em garantir a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 124/2011, de 20 de novembro)

Relativamente à supervisão dos cuidados de enfermagem na UCI, esta atividade permitiu-me desenvolver o pensamento crítico e a capacidade de observação, estimulando o ato reflexivo, conduzindo a uma visão mais alargada e complexa de enfermagem pois, como refere Alarcão (1996, p. 94), “supervisionar deverá ser por isso um processo de interação consigo e com os outros, devendo incluir processos de observação, reflexão e acção”.

A prática reflexiva conjunta, em momentos vários, permitiu-me reequacionar a minha intervenção e responsabilidade profissional.

De relevar a reflexão sobre a minha prática de cuidados de enfermagem, com a elaboração de jornais de aprendizagem e articulação da teoria com a prática,

advogando uma forma de consolidação do conhecimento adquirido, transpondo-o e produzindo conhecimento novo.

Objetivo 3 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na PSC incapaz de a autoavaliar

Tendo sempre presente o meu principal foco de desenvolvimento, destaco na prestação de cuidados de enfermagem o reconhecimento de possíveis estímulos causadores de dor, intervindo atempadamente na sua gestão, não esquecendo que a dor encontra-se presente na grande maioria das situações que requerem cuidados de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Acresce que esta é uma das principais queixas da pessoa internada em cuidados intensivos.

Num estudo realizado por Finley e Schechter em 2003, concluiu-se que a pessoa frequentemente reporta dor associada à realização de um procedimento (Czarnecki et al., 2011), justificando o cuidar e o conforto à pessoa como uma responsabilidade profissional dos enfermeiros (Watson, 2002). Durante o decorrer do estágio, e procurando confirmar este axioma, identifiquei como procedimentos potencialmente causadores de dor na pessoa, a punção venosa, posicionamentos, manutenções de imobilizações (talas gessadas), aspiração de secreções e a realização de pensos. Em alguma destas situações, nomeadamente nas punções venosas e nos posicionamentos em pessoas acordadas, a comunicação com a mesma de forma tranquila, recorrendo por vezes ao humor, informando e explicando o procedimento, reduzia a sua ansiedade, sendo apenas referido dor ligeira ou mesmo ausência da mesma (utilizando a escala qualitativa de avaliação da dor). E embora a gestão da dor em contexto hospitalar seja maioritariamente realizada através de intervenções farmacológicas, não posso deixar de evidenciar a importância das intervenções não-farmacológicas como complemento às farmacológicas, ou mesmo como tratamento alternativo na gestão de sintomas, incluindo a dor (Bausewein, Booth, Gysels, & Ij, 2008). Para além da utilização do humor e da distração, já referidas anteriormente, saliento a técnica de aplicação de gelo em regiões com edemas e hematomas e a utilização de roupa aquecida como intervenções não-farmacológicas utilizadas na UCI. A aplicação de frio e calor é

relatada por Williams et al. (2009) como uma intervenção não-farmacológica utilizada na promoção do conforto em pessoas hospitalizadas.

Relativamente à necessidade de conforto físico, saliento a importância do controlo sintomático da dor para o bem-estar da pessoa e para a sua qualidade de vida. Compreendendo que qualidade de vida é definida por Twycross (2003) como a percepção que a pessoa tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. De forma a favorecer este bem-estar e o controlo da dor, procurei perceber a sua causa, qual o mecanismo patológico associado e qual o possível tratamento, visando o conforto da pessoa.

Nesta UCI, a avaliação da dor é efetuada através da utilização de duas escalas, uma unidimensional (quantifica a intensidade da dor) e outra comportamental. Como escala unidimensional é utilizada a escala numérica, sendo esta passível de aplicação à pessoa capaz de autoavaliar a dor (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Relativamente à pessoa incapaz de comunicar a sua dor, o instrumento de avaliação da dor utilizado na UCI é a escala comportamental BPS, desenvolvida por Payen e seus colaboradores com o objetivo de avaliar a dor em pessoas inconscientes ou sedadas e com ventilação mecânica (Payen et al., 2001). Esta foi adotada por este Centro Hospitalar para as UCI, fruto do estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012).

De forma a aprofundar o meu conhecimento na área da gestão da dor, compreender quais as principais dificuldades sentidas pelos pares na sua gestão, e qual o meu possível contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, reuni com a enfermeira responsável pelo grupo de gestão da dor na UCI. Surgiu a oportunidade de colaborar na realização de auditorias na gestão da dor relativamente ao último triénio de 2014, com vista à obtenção de dados que pudessem ser posteriormente apresentados aos elementos da equipa de enfermagem de forma a consciencializar os mesmos sobre a necessidade de uma correta avaliação e registos sistematizado.

A amostra da população foi a preconizada pelo serviço, 20% da população internada por mês, o que perfaz cerca de cinco casos de internamento. Os dados

trabalhados foram fornecidos pelo grupo da dor, sendo a metodologia utilizada pelo grupo a colheita de dados dos processos clínicos.

Para mais facilmente trabalhar os dados, procedi ao seu registo e tratamento numa folha de cálculo em *Excel*, devidamente aprovado pelo enfermeiro orientador de estágio e pela enfermeira chefe do serviço (Apêndice V). Entre os vários itens a poderem ser estudados, evidencio a avaliação e o registo da dor. Pode-se verificar com os resultados obtidos que o registo da avaliação da dor por turno ronda os 98% no período de avaliação (Apêndice VI- Gráfico 1).

A identificação do instrumento de avaliação da dor apresenta taxas baixas que variam entre os 11,8% e os 20,6% (Apêndice VI - Gráfico 2), uma vez que os registos de enfermagem são efetuados no sistema informático *Sclinico* que tem por base a classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE/SAPE. Porém, as escalas de avaliação da dor não se encontram informatizadas o que leva a um registo manual da dor, não sendo frequentemente identificada a escala. Por último, a reavaliação da dor (Apêndice VI - Gráfico 3), revela uma percentagem de 0%. Pressupõe-se que a reavaliação seja realizada após avaliação com *score* na escala da dor que revele necessidade de intervenção de alívio. Este gráfico parece revelar a falta de registo da reavaliação da dor. Contudo, isto pode não significar que não exista reavaliação, somente que não é realizado o registo. Os resultados das auditorias trimestrais foram disponibilizados ao enfermeiro orientador e à enfermeira coordenadora do grupo de gestão da dor, tendo sido posteriormente apresentados à equipa de enfermagem por um elemento dinamizador do grupo de gestão da dor da UCI, que integrou em parceria comigo o Curso de Mestrado na área de especialização pessoa em situação crítica, desenvolvendo o seu projeto no âmbito da gestão não-farmacológica da dor na PSC. A divulgação dos resultados obtidos é um momento estratégico e fundamental tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Consciencializar os enfermeiros para uma correta avaliação é importante uma vez que esta é considerada um requisito para o tratamento e controlo adequado da dor. Apesar dos muitos esforços mantidos, vários estudos demonstram que a dor ainda não é devidamente avaliada (Park & Kim, 2014; Georgiou, Hadjibalassi, Lambrinou, Andreou, & Papathanassoglou, 2015).

Reforçando mais uma vez que os enfermeiros são o grupo profissional mais indicado para avaliar e monitorizar a dor, recorro aqui uma situação onde a

monitorização da dor fez a diferença no cuidar à PSC. Tratou-se de uma pessoa do sexo masculino, admitido por dispneia, hipoxemia, entubado orotraquealmente, com sedação em perfusão contínua e sem analgesia instituída. Pelo quadro clínico, foi necessária a realização de técnicas invasivas, nomeadamente colocação de cateter venoso central e drenagem torácica. Embora com sedação, a pessoa encontrava-se agitada e desadaptada do ventilador. A dado momento referi ao médico que a pessoa tinha dor (utilizando a escala comportamental) e que necessitava de intervenções de alívio da mesma. Com intervenção terapêutica, verificou-se quase que de imediato o atenuar dos sinais anteriormente presentes. O alívio da dor e do desconforto provocado por esta é um objetivo primordial dos cuidados de enfermagem, sendo um dever profissional gerir a dor da pessoa (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Esta situação, impeliu-me a elaborar um jornal de aprendizagem vertendo neste instrumento a ideia de que permanecem descurados os sinais evidentes que a pessoa tem dor em prol da realização de técnicas invasivas para melhorar o diagnóstico clínico, esquecendo o conforto da pessoa e o seu bem-estar. As intervenções de enfermagem devem direccionar-se no sentido de cuidar do outro, e cuidar é sustentar o contexto das responsabilidades e reconhecer a importância de conhecer a pessoa como pessoa (Boykin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005).

Resultados – A realização das atividades descritas anteriormente permitiu-me conhecer de forma mais sustentada os instrumentos de avaliação da dor utilizados na UCI, dando maior ênfase à escala comportamental BPS, uma vez que pretendo implementá-la no meu serviço à pessoa inconsciente, com sedação e ventilação mecânica invasiva, portanto, com incapacidade de autoavaliar a dor.

A integração no processo de auditoria da dor permitiu-me constatar as lacunas ainda existentes na sua avaliação e registo, possivelmente por lacunas de ajuste dos sistemas de registos de enfermagem, bem como pela falta de valorização da equipa de enfermagem para a necessidade de avaliar e registar sistematicamente a dor, de forma a intervir eficazmente.

As oportunidades de aprendizagem apresentadas, assim como a reflexão crítica realizada, contribuíram para o processo de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC, concretamente na gestão diferenciada da dor

e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas farmacológicas e não-farmacológicas no alívio da dor (Regulamento n.º 124/2011, de 20 de novembro).

2.3. Estágio III - Serviço de Urgência Polivalente

O serviço de urgência polivalente está inserido num Centro Hospitalar que integra seis unidades hospitalares. Situa-se na cidade de Lisboa e tem como área de influência direta 64 freguesias. É referência, para vários distritos de Portugal, para as especialidades de Neurocirurgia, Vertebro-Medular, Neurologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Urologia, tendo também integrado um centro de trauma.

É uma urgência vocacionada para adultos e a grande maioria das pessoas é admitida pelo SU, o qual apresenta duas áreas de atendimento: o Ambulatório, de que fazem parte a triagem, balcões de atendimento geral (área de Verdes/Azuis e Amarelos/Laranjas), Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pequena Cirurgia e os meios complementares de diagnóstico e, a Unidade de Observação com capacidade para 22 doentes com as mais variadas patologias, distribuídos por cinco salas de observação, e ainda quatro salas de Emergência e Reanimação vocacionadas para o doente do foro médico e de trauma.

A equipa multidisciplinar é composta por uma equipa médica de várias especialidades, tendo uma equipa fixa de Medicina Interna no período compreendido entre as 8 horas e as 16 horas durante os dias úteis. A equipa de enfermagem é constituída por 107 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas em horário *roulement* e uma equipa em horário fixo. O método de prestação de cuidados é o método individual, em que as intervenções de enfermagem vão sendo efetuadas à medida que as necessidades da pessoa vão surgindo. Da equipa multidisciplinar fazem também parte os assistentes operacionais, uma equipa de técnicos administrativos e uma equipa de técnicos superiores de saúde no apoio à realização de meios complementares de diagnóstico.

Este estágio decorreu no período entre 1 de fevereiro e 13 de fevereiro de 2015, perfazendo um total de cerca de 50 horas. Para além da consciencialização da equipa de enfermagem para a problemática da gestão da dor na PSC incapaz de a autoavaliar, centrei a minha ação na área da gestão de cuidados, reconhecendo

esta área como lacunar no meu exercício profissional. O Quadro 3 apresenta os objetivos delineados e as atividades a desenvolver para os atingir.

Quadro 3 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio III

Objetivos	Atividades
1- Conscienciar a equipa de enfermagem para a importância da gestão da dor da PSC incapaz de a autoavaliar	Instrução de trabalho para a implementação de uma escala de heteroavaliação da dor na PSC incapaz de a autoavaliar; Sessão de formação “Intervenção de enfermagem na PSC com dor na Urgência”; Supervisão das práticas de enfermagem.
2-Desenvolver competências de enfermagem na área de gestão de cuidados	Reunião com a enfermeira chefe; Reunião com a enfermeira responsável pela certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Objetivo 1 - Conscienciar a equipa de enfermagem para a importância da gestão da dor da PSC incapaz de a autoavaliar

Desempenhando a minha prática profissional de cuidados de enfermagem num SU, e sendo este a porta de entrada de um hospital com um grande número diário de pessoas que apresentam uma variedade de patologias, a dor é um dos sintomas mais comuns (Thomas, 2013).

O único instrumento de avaliação da dor utilizado neste SU é a escala numérica, a qual permite avaliar a intensidade da dor. Este instrumento de autoavaliação está associado à Triagem de Manchester, sendo o único possível de registar a nível informático – HCIS. De salientar que o sistema informático prevê o registo do parâmetro dor à semelhança dos restantes sinais vitais registados frequentemente.

Identifica-se, no entanto, uma barreira à avaliação e ao controlo da dor em relação à PSC que não é capaz de autoavaliar a dor (pessoa inconsciente, sedada e submetida a ventilação mecânica). Tendo em conta esta necessidade, verificando-se a ausência de conhecimento por parte de alguns enfermeiros sobre as escalas de monitorização de dor na pessoa incapaz de autoavaliar a dor, reuni com o enfermeiro orientador e com a enfermeira chefe do serviço propondo a implementação de uma escala de heteroavaliação da dor. Através da pesquisa

bibliográfica realizada ao longo dos estágios, e consultado o procedimento setorial relativo à avaliação da dor no Centro Hospitalar, a escala comportamental da dor preconizada é a BPS, uma escala fiável para a avaliação da dor em pessoas inconscientes, sedadas e ventiladas (Payen et al., 2001).

Como estratégias de divulgação da escala aos enfermeiros do serviço foi proposto em conjunto com a enfermeira chefe do serviço a realização de sessões de formação. O desconhecimento das escalas de avaliação da dor tem sido considerado uma barreira à avaliação e ao controlo eficaz da dor (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Foram então agendadas cinco sessões com o objetivo de consciencializar a equipa de enfermagem para a importância de uma abordagem sistematizada à PSC com dor incapaz de a autoavaliar, intitulada “Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor na Urgência” (Apêndices VII, VIII). Nas sessões de formação estiveram presentes 98 enfermeiros do serviço. Durante as sessões, os enfermeiros demonstraram interesse nos conteúdos expostos, com participação ativa na partilha de experiências, formulação e esclarecimento de dúvidas, coadjuvando com sugestões relacionadas com a implementação da escala de avaliação da dor e a melhor forma de a registar no processo clínico.

No decorrer do estágio tive oportunidade de partilhar o *know-how* adquirido anteriormente, esclarecendo os colegas na área da gestão da dor, supervisionando a aplicabilidade do instrumento de avaliação da dor em situações de cuidados à PSC incapaz de autoavaliar a dor. Também aqui, gostaria de enfatizar a mobilização dos conhecimentos adquiridos na unidade Curricular de Supervisão Clínica, nomeadamente a aprendizagem em contexto de prática, sendo a aprendizagem experiencial e a aprendizagem informal duas modalidades de aprendizagem a potenciar.

Após fazer o levantamento das normas e instruções de trabalho existentes no serviço, constatando que não existe nenhuma norma oficial para a avaliação da dor como 5º sinal vital, reuni com o grupo da dor e em conjunto elaborámos duas instruções de trabalho, uma relativa ao instrumento de avaliação da dor preconizado pela Triagem de Manchester, a escala numérica (Apêndice IX), e a segunda instrução de trabalho referente ao instrumento de avaliação comportamental de dor

– BPS (Apendice X). Ambos os documentos foram entregues à enfermeira chefe do serviço e enviados ao Concelho de Administração para aprovação.

Foi também feita a proposta ao Departamento Informático para a introdução deste instrumento de avaliação no sistema informático.

Resultados – A realização deste estágio possibilitou-me identificar oportunidades de melhoria na qualidade dos cuidados e necessidades formativas para o serviço. Permitiu-me o desenvolvimento de competências na formação de pares, assumindo a responsabilidade como elemento facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho.

As elaborações da instrução de trabalho, assim como, a proposta de implementação do instrumento de avaliação comportamental de dor, permitiram aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área de gestão da dor na pessoa incapaz de autoavaliar a dor.

No que diz respeito à supervisão dos cuidados de enfermagem relativos à gestão da dor na PSC, considero que esta é uma tarefa em constante desenvolvimento na minha prática diária de cuidados, exigindo uma perseverante atualização do conhecimento na área.

Objetivo 2 – Desenvolver competências de enfermagem na área da gestão de cuidados

A realização de um período de estágio no serviço onde exerço funções possibilitou-me um acesso mais facilitado à área da gestão de cuidados de enfermagem. De forma a dar resposta a este objetivo reuni com a enfermeira chefe e com a enfermeira responsável pela certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço, contatando as preocupações intrínsecas, os problemas existentes e as estratégias de gestão possíveis, bem como dos requisitos de qualidade para os cuidados de enfermagem e dos recursos que o serviço utiliza em concreto para dar resposta a essas mesmas exigências.

Uma das principais preocupações referidas pela enfermeira chefe do serviço prende-se com o facto de os enfermeiros terem ao seu dispor, para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, todos os recursos materiais e humanos.

Todavia, foi também possível compreender, que fruto da presente conjuntura económico-financeira, política e social, estes meios não são disponibilizados. No SU os recursos materiais são escassos para satisfazer todas as suas necessidades de saúde, quer em quantidade quer em qualidade. No que se refere aos recursos humanos, poder-se-ia dizer que são sempre escassos, de acordo com a fórmula aplicada pelo Ministério da Saúde em 2014, existe um défice de 9,5 enfermeiros no serviço.

Numa tentativa de minimizar a escassez de enfermeiros, foram desenvolvidas nos últimos anos algumas estratégias de gestão, designadamente, reuniões de chefes de equipa de enfermagem com os elementos de gestão do serviço de forma a transmitir as preocupações reais dos pares e a criação de estratégias a implementar para a melhoria da qualidade dos cuidados; manutenção dos grupos de trabalho, aumentando a motivação dos profissionais; delegação de funções por parte da enfermeira-chefe aos elementos de gestão.

A certificação de qualidade dos cuidados de enfermagem neste SU foi também um aspeto interessante e a salientar, na medida em que me permitiu aprofundar o conhecimento das normas internas de qualidade definidas para este SU, normas essas que definem não só os critérios mandatórios para a certificação da qualidade dos cuidados prestados mas também, a obrigatoriedade da constituição e formação de grupos de trabalho para as diferentes áreas.

Periodicamente, e com o objetivo da certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem, são efetuadas diversas auditorias, designadamente, aos registos de enfermagem, a procedimentos efetuados, à avaliação do risco (Escala de Braden, Risco de Quedas), entre outros. Todavia, estes mesmos resultados não são frequentemente apresentados aos elementos da equipa, o que pode ser desmotivante quando o objetivo principal deveria ser a motivação da equipa, através da partilha dos resultados.

Resultados – Como enfermeira generalista deste há 15 anos, só agora tive conhecimento de uma sucessão de aspetos que desconhecia por completo e que revelam o imprescindível trabalho de gestão a complementar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Este período de estágio permitiu-me tomar consciência de todo o trabalho desenvolvido na retaguarda da prestação direta de cuidados. Na

realidade, existe uma panóplia de atividades desenvolvidas que nos permite, a nós prestadores diretos de cuidados, desenvolver um trabalho de qualidade.

Esta apreensão da realidade, em conjunto com a minha prática de cuidados, foram um canal para o desenvolvimento de competências de enfermagem na área da gestão, definidas pela OE no quadro de competências comuns do EE (Regulamento nº 122/2011, de 29 de maio), das quais gostaria de destacar a capacidade de gestão dos cuidados que permite a otimização da resposta da equipa na tomada de decisão, e a articulação com a equipa multidisciplinar, não esquecendo a gestão dos recursos, adaptando-os às necessidades.

O desempenho de funções de chefia da equipa de enfermagem, e os demais aspetos, vieram melhorar a minha visão profissional enquanto enfermeira do serviço; da equipa multidisciplinar; dos recursos aos vários níveis; e da importância de os saber gerir da melhor forma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é uma das principais causas que impele a pessoa aos cuidados de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2003, 2008; IASP, 2010). Apesar da consensualidade existente sobre a necessidade de um controlo efetivo da dor, são ainda perseverantes algumas deficiências que resultam em consequências físicas, emocionais, socioculturais e económicas para a pessoa, mas também para as instituições de saúde (Schreiber et al., 2014). A ausência de competências diferenciadas dos profissionais de saúde na área, e um conhecimento lacunar do tema, são apontados como uma das principais barreiras à gestão eficaz da dor (Mocerí & Drevdahl, 2014).

No que se refere à PSC, vários são os estudos que demonstram que a dor continua a ser um importante fator de *stress* nos internamentos em UCI (Gélinas et al., 2012). Desta forma, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias que contribuam para otimizar o controlo da dor na PSC naquele ambiente (Lavery citado por Gélinas et al., 2012). Nesta perspetiva, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor constituem-se como norma imperativa de boas práticas clínicas (Direcção-Geral da Saúde, 2008). Assim, no âmbito das competências dos domínios da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2008), o enfermeiro tem a responsabilidade de contribuir para uma gestão eficaz da dor na PSC através da identificação e avaliação da dor, colaboração com a equipa multidisciplinar, programação e instituição de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, reconhecimento dos prováveis focos de dor e monitorização da resposta da pessoa às intervenções executadas. Desta forma, todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor, contribuindo para o bem-estar da pessoa, redução da morbilidade, humanização dos cuidados de saúde e ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Comungando todos os pressupostos, e fazendo uma retrospectiva dos objetivos propostos, considero que estes foram atingidos possibilitando a aprendizagem e desenvolvimento de um leque de competências comuns do enfermeiro especializado e mestre. Tendo por base o plano de estudos deste Curso de Mestrado, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, descritas pela OE, e as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de estudos,

não hesito em destacar as seguintes competências desenvolvidas: promoção da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa situação crítica e sua família; mobilização de sólidos padrões de conhecimento para a *práxis* clínica; prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica; seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; reflexão sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações; demonstração de um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem; consciência crítica para os problemas atuais da disciplina; competências de autoaprendizagem.

Toda a pesquisa bibliográfica efetuada foi um contributo para um aprofundar de conhecimentos teóricos relativos à temática, permitindo-me retirar subsídios para a minha ação nos estágios, transpondo este conhecimento para o meu quotidiano profissional. O estudo da Teoria do Cuidar de Jean Watson permitiu um olhar mais atento e sólido sobre o cuidar da pessoa e sua família, constituindo-se a mesma como um desafio para a minha prática profissional, levando-me ao autoconhecimento, à humanização das relações e do cuidar em enfermagem.

A prestação de cuidados de conforto à PSC e sua família, esteve presente na minha prática de cuidados em estágio. Ainda sobre o conforto, e sendo a gestão da dor um indicador de qualidade de cuidados, priorizei as recomendações emanadas pela OE no que se refere à avaliação da dor de forma regular e sistematizada, ao registo da mesma e às intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o controlo da dor.

A realização dos estágios em locais distintos da minha prática diária de cuidados possibilitou-me uma melhor compreensão de diferentes perspetivas no que respeita ao cuidar da PSC, o desenvolvimento de competências na área da gestão da comunicação interpessoal, na assistência à pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, e na área da gestão da dor à pessoa, principalmente na dor da pessoa incapaz de a autoavaliar.

A oportunidade de desenvolver competências na aplicabilidade das escalas à pessoa com dor, foi uma vantagem trespasada para o meu contexto de trabalho. A realização de estágio no SU possibilitou-me pôr em prática o conhecimento adquirido sobre a gestão da dor, encerrando-se estes como um veículo facilitador e verdadeiramente valorativo no cuidar da pessoa.

Os momentos de formação contínua, transversais aos três contextos de estágio, facilitaram o desenvolvimento de competências de formação de adultos, com maior responsabilidade no meu contexto profissional.

Sendo objetivo o desenvolver de competências um processo contínuo, este foi sendo alcançado através da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, ancorados nas melhores práticas que se encontram plasmadas em diversas fontes científicas, permitindo assim uma tomada de decisão informada e adequada. Saliento a necessidade constante de atualização e procura de conhecimento em áreas e temas onde o meu conhecimento era limitado ou mesmo nulo. Adequando a minha ação às realidades dos serviços, foi sempre meu propósito promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, através de momentos de formação formal e informal, partilha de conhecimento e troca de experiências, disponibilizando bibliografia na área e procurando igualmente influenciar a prática dos pares motivando-os ao desenvolvimento de estratégias nas diversas áreas do cuidar.

Por último, identifico o êxito dos momentos de reflexão individual e coletiva, principalmente com os enfermeiros orientadores e professora que permitiram sorver e digerir toda a informação teórica e prática, revertendo-se em ganhos de saúde.

Numa perspetiva avaliativa deste percurso, sublinho algumas dificuldades sentidas, nomeadamente, quanto à gestão de tempo e motivação para percorrer este estreito e escarpado caminho, arduidades desafiantes que obrigaram a uma rápida curva ascendente de crescimento e aprendizagem pessoal e profissional, culminando num maior nível de perícia e resiliência.

Por tudo isto, compreendo todo o percurso desenvolvido nesta formação de 2º ciclo de estudos, como o início de um percurso de desenvolvimento que acrescenta maior responsabilidade à minha *práxis*. Assim, desejo que este documento opere como mais um contributo para a intervenção do enfermeiro junto da Pessoa em Situação Crítica no sentido de valorizar e adequar estratégias na gestão da dor à pessoa incapaz de a autoavaliar, nomeadamente através da avaliação, controlo e implementação de intervenções (farmacológicas e não-farmacológicas), evidenciando a importância da presença de competências especializadas de enfermagem para a otimização dos cuidados à pessoa com dor. É meu desejo impulsionar a gestão da dor na Pessoa em situação Crítica, alertando e motivando

os enfermeiros para esta área, tendo como finalidade não só a melhoria da qualidade dos cuidados, mas também a satisfação da pessoa/família e dos profissionais. Por esta razão apresentei a temática central deste relatório numa comunicação oral no 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas, realizado em 2015 (Apêndice XI).

Entendo que muito trabalho ainda há a desenvolver nesta área, mas acredito também que a inclusão desta temática nos programas de formação das escolas de enfermagem, através de conferências, colóquios, seminário, debates, é essencial para o seu desenvolvimento. Talvez num futuro próximo, fazendo parte do núcleo de formação da VMER e da comissão organizadora do congresso desenvolvido pela mesma no decorrer deste ano de 2016, seja possível partilhar o conhecimento adquirido neste meu percurso académico e profissional.

Durante a pesquisa na área desta temática deparei-me com um projeto desenvolvido por enfermeiros nos Hospitais de Coimbra que visa a gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica. O projeto tem como finalidades a redução da dor, da sedação e otimização das intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o conforto e a segurança da pessoa. Penso que este seria um projeto interessante e com potencial a ser desenvolvido não só por outras UCI, mas também nos serviços de urgência, embora consciente de todas as dificuldades inerentes. Mais uma sugestão que, porventura poderá ser o próximo passo no meu desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlers, S. J. G. M., Veen, A. M. van der, Dijk, M. van, Tibboel, D., & Knibbe, C. J. (2010). The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesthesia and Analgesia*, 110 (1), 127–33.
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores, estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Almeida, M., & Ribeiro, J. (2008). Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Revista Referência*, II (7), 79–88.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5 (4), 302–311. Acedido fevereiro 16, 2015. Retirado em https://www.researchgate.net/publication/12357062_SPIKES-A_six-step_protocol_for_delivering_bad_news_application_to_the_patient_with_cancer
- Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*. Biblioteca da Dor. Lisboa: Permanyer Portugal, Ed, 1-47. Acedido março 22, 2015. Retirado em http://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Multidisciplinaridade_e_Organizacao_das_Unidades_de_Dor_Cronica.pdf
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, III (9), 7–16. Acedido novembro 12, 2014. Retirado em <http://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M., & Ij, H. (2008). Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases (Review). *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1-69. Acedido dezembro 10, 2014. Retirado em https://www.researchgate.net/publication/5426782_Non-pharmacological_interventions_for_breathlessness_in_advanced_stages_of_malignant_and_non-malignant_diseases
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Queirós, A.A, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Berben, S., Meijs, T. H. J. M., van Dongen, R. T. M., van Vugt, A. B., Vloet, L. C. M., Mintjes-de Groot, J. J., & van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *International Journal of the care of the injured*, 39(5), 578–85. Acedido janeiro 17, 2015. Retirado em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138307001659>

- Bernardino, D. (2007). Supervisão e Relações Supervisivas - A importância na construção da identidade do enfermeiro. *Revista Sinais Vitais*, 72, 1–6.
- Blenkharn, A., Siobhan, F., & Morgan, A. (2002). Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18 (6), 332-341. Acedido janeiro 24, 2015. Retirado em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096433970200071X>
- Boykin, A., Bulfin, S., Lynn, C. E., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal of Human Caring*, 9 (3), 1–5.
- Caetano, C., Lopes, E., Dias, E., & Duarte, S. (2013). Avaliação da dor no doente em Situação Crítica. *1º Seminário de Enfermagem Em Cuidados Intensivos Da Beira Interior*, 32 (1), 11-15. Acedido outubro 2, 2014. Retirado em http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6670/suplemento_enfermagem.pdf
- Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E., Violet, S., Sebbane, M., Perrigault, P.-F., ... Eledjam, J.-J. (2006). Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34 (6), 1691–9. Acedido março 9, 2014. Retirado em <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/1602.pdf>
- Collière, M.-F. (2000). *Promover a Vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de Cuidados. *Millenium - Revista IPV*, 30, 234–251. Acedido setembro 13, 2014. Retirado em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/19.pdf>
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12 (2), 95–111. Acedido abril 15, 2015. Retirado em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904211000749>
- Direcção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores de Dublin [em linha]. *Direcção Geral do ensino Superior Web site*. Acedido em abril 20, 2014. Retirado em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Nº 09/DGCG de 14 de junho. Portugal. Acedido em dezembro 18, 2013. Retirado em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Circular Normativa - Programa Nacional de Controlo da Dor*. Nº 11/DSCS/DPCD de 18 de junho. Portugal. Acedido em junho 6, 2014. Retirado em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação - orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Nº 15 de 12 de dezembro. Portugal. Acedido em janeiro 10, 2015. Retirado em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Acedido em novembro 21, 2014. Retirado em <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde, & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ed. Acedido em março 20, 2013. Retirado em <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/controlo-da-dor/30-plano-nacional-de-luta-contra-a-dor>
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: the state of the science* (2ª ed.). Ontário: Jones & Bartlett Learning, Ed.
- Duingan, M., & Dunn, V. (2008). Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A Replication. *International Emergency Nursing*, 16 (1), 23–28. Acedido em março 25, 2015. Retirado em [http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X\(07\)00101-2/pdf](http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(07)00101-2/pdf)
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Acedido em março 23, 2013. Retirado em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Esteves, N. (2012). *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*. (s.l) (s.n.)
- Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., Puntillo, K. (2013). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Management Nursing*, 14 (2), 85–93. Acedido em novembro 13, 2014. Retirado em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904210000196>
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. de F. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*, 2 (2), 17–20. Acedido em fevereiro 13, 2015. Retirado em <http://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>

- Franck, L. S., Greenber, C. S., & Stevens, B. (2000). Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clinics of North America*, 47 (3), 487–512. Acedido em junho 10, 2014. Retirado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10835987>
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18 (6), 307–18. Acedido em maio 12, 2015. Retirado em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x/epdf>
- Gélinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., & Puntillo, K. (2004). Pain Assessment and Management in Critically ill Intubated Patients: A Retrospective Study. *American Journal of Critical Care*, 13 (2), 126–135. Acedido em julho 29, 2014. Retirado em <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/810.pdf>
- Georgiou, E., Hadjibalassi, M., Lambrinou, E., Andreou, P., & Papathanassoglou, E. D. E. (2015). The Impact of Pain Assessment on Critically Ill Patients' Outcomes: A Systematic Review. *BioMed Research International*, 2015, 1–18. Acedido em janeiro 29, 2016. Retirado em <http://doi.org/10.1155/2015/503830>
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12 (4), 230–50. Acedido em agosto 30, 2014. Retirado em <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>
- IASP (2014). IASP Taxonomy [em linha]. *IASP Web site*. Acedido em abril 23, 2015. Retirado em <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- International Association for the Study of Pain (2010) *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor e Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, Trad.). (s.l.) (s.n.) (Tradução do original do inglês *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*, 2009, Seattle: Andreas Kopf & Nilesh Patel, Ed)
- Jacobi, J., Fraser, G., Coursin, D., Riker, R., Fontaine, D., Wittbrodt, E., ... Lumb, P. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedative and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*, 30 (1), 119–141.
- Juarez, P., Bach, A., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Gulczynski, B., ... Lefaiver, C. (2010). Comparison of Two Pain Scales for Assessment of Pain in the Ventilated Adult Patient. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29 (6), 307–315. Acedido em junho 14, 2015. Retirado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20940589>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermo*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York: J. Hurkin-Torres, Ed.

- Lee, K., & Spanswick, D. (2006). Pain. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 17 (5), 541–543. Acedido em setembro 8, 2014. Retirado em <http://doi.org/10.1016/j.semcd.2006.11.001>
- Lindenbaum, L., & Milia, D. J. (2012). Pain management in the ICU. *The Surgical Clinics of North America*, 92 (6), 1621–36. Acedido em novembro 25, 2014. Retirado em <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2012.08.013>
- Magalhães, T., & Duarte, J. S. (2008). Gestão e Sustentabilidade das Unidades de Dor. *Departamento de Anestesiologia Do Centro Hospitalar de Setúbal*, 16, 21–24. Acedido em fevereiro 19, 2014. Retirado em http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/83_Gestao_e_sustentabilidade_das_unidades_de_dor.pdf
- Metzger, C., Muller, A. Schwetta, M. & Walter, C. (2002) *Cuidados de Enfermagem e Dor* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência
- Ministério da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ed. Acedido em janeiro 17, 2013, Retirado em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Moayed, M., & Davis, K. D. (2012). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, (109), 5–12. Acedido em fevereiro 21, 2014. Retirado em <http://jn.physiology.org/content/109/1/5.short>
- Moceri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40 (1), 6–12. Acedido em fevereiro 21, 2015. Retirado em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176712001924>
- Norton, C. K., Hobson, G., & Kulm, E. (2011). Palliative and end-of-life care in the emergency department: Guidelines for nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (3), 240–245. Acedido em junho 12, 2014. Retirado em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176710000826>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Acedido em setembro 14, 2014. Retirado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Acedido em novembro 30, 2013. Retirado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Acedido em setembro 12, 2014. Retirado em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29 (12), 2258–63. Acedido em fevereiro 17, 2013. Retirado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801819>
- Pardo, C., Muñoz, T., Chamorro, C., & SEMICYUC, G. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la semicyuc. *Medicina Intensiva*, 30 (8), 379–385. Acedido em julho 16, 2015. Retirado em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0210-56912006000800004
- Park, J., & Kim, J. H. (2014). Assessment and Treatment of Pain in Adult Intensive Care Unit Patients. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 29 (3), 147–159. Acedido em outubro 16, 2015. Retirado em <http://dx.doi.org/10.4266/kjccm.2014.29.3.147>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Grupo Avaliação Dor - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Acedido em março 3, 2014. Retirado em http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf
- Powell, R. A., Downing, J., Ddungu, H., & Powell-Mwangi, F. N. (2010). Antecedentes de dor e avaliação da dor. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds.), *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*, 65–80. Seattle: IASP Press.
- Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio. *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (2011). Diário da República, 2ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011. Acedido em dezembro 29, 2014. Retirado em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro. *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (2011). Diário da República, 2ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011. Acedido em dezembro 29, 2014. Retirado em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

- Rigotti, M. A., & Ferreira, A. M. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arquivo Ciências Da Saúde*, 12 (3), 50–54. Acedido em junho 16, 2014. Retirado em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09> - id 105.pdf
- Santos, N. (2008). *Enfermagem na prevenção e controlo da infeção* (3ª ed.). São Paulo: Iátria.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, (11), 59–62. Acedido em outubro 12, 2014. Retirado em https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Scanlon, A., & Lee, G. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24 (3), 54–59. Acedido em novembro 22, 2014. Retirado em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=77d959ce-2c82-4220-baa6-eb7d8d0e1252%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4212&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009589585>
- Schreiber, J. A., Cantrell, D., Moe, K. A., Hench, J., McKinney, E., Preston Lewis, C., ... Brockopp, D. (2014). Improving knowledge, assessment, and attitudes related to pain management: Evaluation of an intervention. *Pain Management Nursing*, 15 (2), 474–481. Acedido em março 4, 2015. Retirado em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212001889>
- Sousa, M. F. C. O. (2009). *O Enfermeiro e as Técnicas Não Farmacológicas no controlo da Dor: Informação / Aplicação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina: Universidade de Coimbra. Portugal. Acedido em agosto 29, 2015. Retirado em <http://hdl.handle.net/10316/14925>
- Springhouse Corporation. (2006). *Tratamento da dor - Série incrivelmente fácil* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Standring, D., & Oddie, D. (2011). Prevention of ventilator-associated pneumonia. *British Journal of Cardiac Nursing*, 6 (6), 286–290. Acedido em abril 14, 2015. Retirado em <http://dx.doi.org/10.12968/bjca.2011.6.6.286>
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill adults. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33(3), 68–79. Acedido em novembro 12, 2014. Retirado em <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/3/68.full.pdf+html>
- Thomas, S. H. (2013). the Management of Pain in the Emergency Department. *Internacional Scholarly Research Notices*, 47 (3), 651–679. Acedido em janeiro 17, 2015. Retirado em [http://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70231-5](http://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70231-5)
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Urden, L. D., Stacy, K., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Veríssimo, F. I. L., & Sousa, P. C. P. (2014). O processo de comunicação enquanto instrumento essencial à prática de cuidados humanizados à pessoa crítica e sua família em contexto de urgência. *Nursing Magazine Digital*, Abril. Acedido em junho 17, 2015. Retirado em <http://www.nursing.pt/o-processo-de-comunicacao-enquanto-instrumento-essencial-a-pratica-de-cuidado-humanizado-a-pessoa-em-situacao-critica-e-sua-familia-em-contexto-de-urgencia/>
- Vila, V. D. S. C., & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido.” *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (2), 137–144. Acedido em junho 15, 2015. Retirado em <http://doi.org/10.1590/S0104-11692002000200003>
- Waldow, V. R. (1998). *O cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra-Luzzato.
- Waldow, V. R., Lopes, M., & Meyer, D. (1995). *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Watson, J. (1985). *Nursing the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University.
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*. Paris: Seli Arsean.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science an Human Care - A Theory of Nursing* (2ª ed.). United States of America: National League for Nursing Press.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem* (p. 182). Loures: Lusociência.
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15 (3), 145–55. Acedido em março 18, 2014. Retirado em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fe989286-6328-4d7c-8fcf-f6d3d8586dee%40sessionmgr111&vid=0&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010314692>
- Yin, R. K. (2001). *Estudo De Caso - Panejamento E Métodos* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman. Acedido em julho 10, 2014. Retirado em http://books.google.com.br/books/about/Estudo_de_caso.html?id=bQXKAAACAAJ&pgis=1

Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22 (1), 32–39. Acedido em junho 4, 2014. Retirado em [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(05\)00061-3/pdf](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(05)00061-3/pdf)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Plano de sessão da formação Estágio I

PLANO DE SESSÃO: Intervenção de Enfermagem na pessoa com Dor em UCI. “Uma possibilidade”

CURSO: Mestrado em Pessoa em Situação Crítica

LOCAL: UCI

DURAÇÃO: 30min

FORMADOR: Susana Leal

UNIDADE CURRICULAR: Ensino Clínico

Objetivo: Refletir sobre a importância da gestão da dor na PSC incapaz de a autoavaliar

		Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Avaliação
Sumário	Introdução	Apresentação do tema e da sua pertinência; Apresentação do objetivo da sessão de formação.	Expositivo	Apresentação audiovisual	
	Desenvolvimento	Definição de dor; Evidência científica atual sobre o tema; Necessidade de monitorizar a dor da pessoa e o seu registo sistemático; Escala comportamentais de avaliação da dor; Escala de avaliação da dor na pessoa incapaz de a autoavaliar.	Expositivo/ Papel	Apresentação audiovisual	Formativa
	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo/ interativo	Apresentação audiovisual	

APÊNDICE II – Sessão de formação Estágio I

Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor numa UCI. Uma possibilidade.

Mestranda: Susana Leal

Docente: Professora Doutora Carla Nascimento

Objetivo geral:

- Sensibilizar para a importância de uma abordagem sistematizada de enfermagem à Pessoa com dor incapaz de a autoavaliar.

Imagine a Pior dor que já sentiu...

Todos nós já
experienciamos Dor...



... e na gestão da dor do
outro interiorizamos o
seu significado de uma
forma intuitiva, isto
porque...

... a Dor é sempre uma experiência subjetiva!

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

DOR, um conceito

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou atual. Sendo que, a dor é o que a pessoa que a experimenta diz sentir, existindo sempre que a pessoa diz que existe.

(IASP 2010)

(McCaffery citado por Herr et al., 2011)

Problemática

- A gestão da dor é um direito da pessoa, um dever do profissional de saúde e um aspeto fulcral para a humanização dos cuidados de saúde.
- A avaliação e o registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de forma a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

(DGS, 2003)

Problemática

- A dor é um problema frequentemente experimentado na PSC em UCI
(Ahlers et al., 2008)
- A PSC está particularmente vulnerável à dor
(Odinier, et al., 2003).
- A dor pode aumentar a mortalidade e morbilidade e diminuir o conforto e a sua qualidade de vida na PSC
(Ahlers et al., 2008)
- A dor na pessoa que não consegue comunicar, deve ser avaliada de forma subjetiva através da observação e indicadores fisiológicos
(The Joint Commission, 2001)

Problemática

- A gestão da dor não é frequentemente considerada uma prioridade sobretudo na pessoa hemodinamicamente instável.

(Blenkham, Siobhan & Morgan, 2002).

A pessoa em situação crítica tem direito à analgesia e à gestão da sua dor.

(The Joint Commission, 2001)

Problemática

- Os enfermeiros apresentam um elevado domínio no que se refere à abordagem da dor e à criação de ambientes seguros e humanos

(Puntillo, 2003)

- Os enfermeiros estão presentes em quase todos os procedimentos dolorosos, portanto são os profissionais indicados para avaliar e monitorizar a dor na pessoa crítica

(IASP, 2010)

- A avaliação da dor deve ser registada para facilitar a comunicação entre os profissionais

(Gordon et al., 2005)

Escalas de avaliação da dor

Escalas de Avaliação Unidimensional:

- Escala Visual Analógica
- Escala Numérica
- Escala Qualitativa
- Escala de faces

Escalas de Avaliação Pluridimensional:

- Questionário de McGill
- Inventário Breve da dor
- Escala de Dolopus

Escalas de Avaliação Comportamental:

- Flacc Behavioral Scale
- BPS – Behavioural Pain Scale
- CCROT – Critical Care Pain Observation Tool
- NVPS – Non-Verbal Pain
- ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

Observação Comportamental

Indicadores Fisiológicos

- Frequência Cardíaca
- Pressão Arterial
- Frequência Respiratória

Indicadores Comportamentais

- Expressão facial
- Presença de movimentos ou postura antiálgica
- Aumento do tônus muscular
- Adaptação ventilatória


Behavioral Pain Scale - BPS

Behavioral Pain Scale (BPS) Training Poster


BPS (intubated patients)

1 2 3 4


Facial expression

① 

Movements of upper limbs

② 


Compliance with ventilation

③ 


BPS-NI (non-intubated patients)

1 2 3 4


Facial expression



Movements of upper limbs



Vocalization



①+②+③ = Total BPS value
from 3 (no) to 12 (maximum) pain behavior rated using the BPS

(Chanques et al., 2009)

Escala de comportamentos Indicadores de Dor

ESCID				
	0	1	2	Pain Partial
Musculatura facial	Relaxada	Em tensão, testa franzida e/ou faces de dor	Testa franzida habitualmente e/ou dentes cerrados	
Tranquilidade	Tranquilo, relaxado, movimentos normais	Movimentos ocasionais de inquietude e/ou posição	Movimentos frequentes, incluindo cabeça ou extremidades	
Tônus Muscular	Normal	Aumentado. Flexão de mãos e/ou pés	Rígido	
Adaptação à VM (descartar outras causas)	Tolera VM	Tosse, mas tolera VM	Luta com Ventilador	
Conforto	Confortável e/ou tranquilo	Tranquiliza-se ao toque e/ou a voz. Fácil de distrair	Difícil de confortar ao toque e à voz	
PONTUAÇÃO TOTAL				_/10
0: Sem Dor	1-3: Dor ligeira. Contemplar outras causas	4-6: Dor Moderada	≥6: Dor Intensa	

(Latorre et al., 2011)

Caso Clínico

Vítima de queda, sexo masculino, 54 anos.

TCE grave, múltiplas contusões.

Admitido na UCI.

Inconsciente, GCS-7, com agitação psicomotora. Sem aparentes défices motores.

EOT e ventilado.

Sedado com Propofol em PC e analgesiado com Alfentanil em PC.

Encontra-se desadaptado do ventilador, com os alarmes frequentemente ativados, postura rígida e esgar facial.

SV: TA – 145/90mmHg; FC – 120bpm; FR – 30cpm; SpO₂ – 92%.

TACCE – lesão axial difusa e edema cerebral difuso.

Avaliação da dor

NVPS

Categories	0	1	2
Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.	Frequent grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.
Activity (movement)	Lying quietly, normal position.	Seeking attention through movement or slow, cautious movement.	Restless, excessive activity and/or withdrawal reflexes.
Guarding	Lying quietly, no positioning of hands over areas of body.	Spitting arms of the body tense.	rigid, stiff.
Physiology (vital signs)	Stable vital signs.	Change in any of the following: * SBP > 20 mm Hg * HR > 20/min.	Change in any of the following: * SBP > 20 mm Hg * HR > 25/min.
Respiratory	Baseline RR/SpO ₂ . Compliant with ventilator.	RR > 10 above baseline, or 5% ↓ SpO ₂ mild asynchrony with ventilator.	RR > 20 above baseline, or 10% ↓ SpO ₂ severe asynchrony with ventilator.

Abbreviations: HR, heart rate; RR, respiratory rate; SBP, systolic blood pressure; SpO₂, pulse oximetry.
Instructions: Each of the 5 categories is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10. Discount total score by adding numbers from each of the 5 categories. Scores of 0-2 indicate no pain, 3-4 moderate pain, and 7-10 severe pain. Document assessment every 4 hours or nursing flow-sheet and complete assessment before and after intervention to maximize patient comfort. Depos, hypervolemia, hypoxia need to be excluded before interventions.

© Strong Memorial Hospital, University of Rochester Medical Center, 2004. Used with permission.

BPS

Behavior	Score	Illustration
Awake	1	
Response to verbal stimuli → abnormal facial expression	2	
Response to verbal stimuli → abnormal behavior	3	
Verbal → eyes closed	4	
Verbal → no response	5	
Response to verbal stimuli → abnormal facial expression	6	
Response to verbal stimuli → abnormal behavior	7	
Response to verbal stimuli → eyes closed	8	
Response to verbal stimuli → no response	9	
Response to verbal stimuli → abnormal facial expression	10	

BPS, 1-10 = Verbal Response to Stimuli (BPS) Scale

Caso Clínico

Após 1 semana de internamento na UCI:

Ventilação espontânea, com aporte de O₂ por ON a 3l/m.

GCS – 11 (RO – 4; RV-3; RM-5).

Afasia de compreensão.

SV: TA – 122/56 mmHg; FC – 90bpm; FR – 12cpm; SpO₂ – 96%.

Analgesia EV em esquema (Paracetamol e Metamizol de Magnésio).

Por vezes com fúries contraído (testa enrugada), com verbalização (gemido) de dor pouco frequente e flexão dos membros à estimulação (tensos e fletidos).

Avaliação da dor

NVPS

Categories	0	1	2
Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.	Frequent grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.
Activity (movement)	Lying quietly, normal position.	Speaking without, through movement or slow, cautious movement.	Restless, excessive activity and/or withdrawal reflexes.
Guarding	Lying quietly, no positioning of hands over areas of body.	Spitting areas of body, tense.	Rigid, stiff.
Physiology (vital signs)	Stable vital signs.	Change in any of the following: * SBP > 20 mm Hg * HR > 25/minute.	Change in any of the following: * SBP > 30 mm Hg * HR > 25/minute.
Respiratory	Baseline RR/SpO ₂ Compliant with ventilator.	RR > 10 above baseline, or 5% ↓SpO ₂ mild asynchrony with ventilator.	RR > 20 above baseline, or 10% ↓SpO ₂ severe asynchrony with ventilator.

Abbreviations: HR, heart rate; RR, respiratory rate; SBP, systolic blood pressure; SpO₂, pulse oximetry.
Instructions: Each of the 5 categories is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10. Document total score by adding numbers from each of the 5 categories. Scores of 0-2 indicate no pain, 3-6 moderate pain, and 7-10 severe pain. Document assessment every 4 hours or nursing flow-sheet and complete assessment before and after intervention to maximize patient comfort. Seizure, hypotension, hypoxia need to be excluded before interventions.
© Strong Memorial Hospital, University of Rochester Medical Center, 2004. Used with permission.

BPS - NI

(non-intubated patients)

1	2	3	4
Facial expression 			
Movements of upper limbs 			
Vocalization 			

Em síntese...

- O Enfermeiro deve desenvolver esforços no sentido de melhorar a gestão da dor na pessoa em situação crítica.
- A gestão da dor é um indicador de melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Uma gestão correta da dor...

...passa por um diagnóstico, avaliação, tratamento e registo correto da mesma

Responsabilidade dos Enfermeiros

OE, (2008)

Em síntese...

A informação/formação é importante,
mas não é suficiente.....

**O desafio
passa pela
mudança de
práticas**

Bibliografia

- Ahlers, S., Gulik, L., Veen, A., Dongen, H., Bruins, P., Belitser, S., ... Knibbe, C. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care (London, England)*, 12(1), R15.
- Blenkharn, A., Siobhan, F., & Morgan, A. (2002). Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(6).
- Castano, C., Lopes, E., Dias, E., & Duarte, S. (2013). Avaliação da dor no doente em Situação Crítica. 1º Seminário de Enfermagem Em Cuidados Intensivos Da Beira Interior, 32(1).
- Changues, Gerald, Payen, J.-F., Mercier, G., de Latre, S., Viel, E., Jung, B., ... Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self-report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive care medicine*, 35(12), 200-7.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. (Direção Geral de saúde, Ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral de Saúde (2003).
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da dor. Circular Normativa N.º11/DGCS/DPCD 16 de Junho de 2008 (2008). Retirado de: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/68611268-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Retirado de: <http://www.dgs.pt/assets/docs/saude-de-a-a/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.pdf>
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., ... Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(2), 44-52.
- IASP. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. (A. Kopf & B. Nilesh, Eds.) (pp. 1-418). Seattle: IASP Press

Bibliografia

- Latorre, M., Solís, M., Falero, R., Lamasquib, S., Pérez, R., & Santos, M. (2011). [Validation of the Scale of Behavior Indicators of Pain (ESCID) in critically ill, non-communicative patients under mechanical ventilation: results of the ESCID scale]. *Enfermería intensiva*, 22(1). doi:10.1016/j.enfi.2010.09.005
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática* (serie 1., pp. 1-51). Lisboa: DPI Cromocipio.
- Odner, M., Wegman, D., Freeland, N., Strimmetz, A., & Ingersoll, G. (2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(5), 250-257. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.dccn.2003.07.001>
- Puntillo, K. (2003). Pain Assessment and management in the Critically Ill: Wizardry or Science? *American Journal of Critical Care*, 12(4).
- Sessler, C., Grap, M. J., & Ramsay, M. (2008). Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care*, 12(3). doi:10.1185/cc6148
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68-78.
- Young, J., Siffert, J., Nicoletti, S., & Shaw, T. (2008). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 22(1), 32-9. doi:10.1016/j.iccn.2005.04.004



Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor numa UCI. Uma possibilidade.

Mestranda: Susana Leal

Docente: Professora Doutora Carla Nascimento

APÊNDICE III – Caso Clínico

CASO CLÍNICO

Descrição do caso clínico:

Vítima de queda, sexo masculino, 54 anos.

TCE grave, múltiplas contusões.

Admitido na UCI.

Inconsciente, GCS-7, com agitação psicomotora. Sem aparentes défices motores.

EOT e ventilado.

Sedado com Propofol em PC e analgesiado com Alfentanil em PC.

Encontra-se desadaptado do ventilador, com os alarmes frequentemente ativados, postura rígida e esgar facial.

SV: TA – 145/90mmHg; FC – 120bpm; FR – 30cpm; SpO₂ – 92%.

TACCE – lesão axial difusa e edema cerebral difuso.

NVPS

Categories	0	1	2
Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.	Frequent grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.
Activity (movement)	Lying quietly, normal position.	Seeking attention through movement or slow, cautious movement.	Restless, excessive activity and/or withdrawal reflexes.
Guarding	Lying quietly, no positioning of hands over areas of body.	Splinting areas of the body, tense.	Rigid, stiff.
Physiology (vital signs)	Stable vital signs	Change in any of the following: * SBP > 20 mm Hg. * HR > 20/minute.	Change in any of the following: * SBP > 30 mm Hg. * HR > 25/minute.
Respiratory	Baseline RR/SpO ₂ Compliant with ventilator	RR > 10 above baseline, or 5% ↓SpO ₂ mild asynchrony with ventilator	RR > 20 above baseline, or 10% ↓SpO ₂ severe asynchrony with ventilator

Abbreviations: HR, heart rate; RR, respiratory rate; SBP, systolic blood pressure; SpO₂, pulse oximetry.
Instructions: Each of the 5 categories is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10. Document total score by adding numbers from each of the 5 categories. Scores of 0-2 indicate no pain, 3-6 moderate pain, and 7-10 severe pain. Document assessment every 4 hours on nursing flow-sheet and complete assessment before and after intervention to maximize patient comfort. Sepsis, hypovolemia, hypoxia need to be excluded before interventions.

© Strong Memorial Hospital, University of Rochester Medical Center, 2004. Used with permission.

BPS













Indicador	Item	Pontuação	
Expressão facial	Relaxada	1	
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2	
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3	
	Careta = esgar facial	4	
Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro)	Sem movimento	1	
	Parcialmente fletidos	2	
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3	
	Retraído, resistência aos cuidados	4	
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação	1	
	Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2	
	Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3	
	Incapaz de controlar a ventilação	4	

FIGURA 1 — Versão Portuguesa da escala BPS-IP/PT

Após 1 semana de internamento na UCI:

Ventilação espontânea, com aporte de O₂ por ON a 3l/m.

GCS – 11 (RO – 4; RV-3; RM-5).

Afasia de compreensão.

SV: TA – 122/56 mmHg; FC – 90bpm; FR – 12cpm; SpO₂- 96%.

Analgesia EV em esquema (Paracetamol e Metamizol de Magnésio).

Por vezes com fâcies contraído (testa enrugada), com verbalização (gemido) de dor pouco frequente e flexão dos membros à estimulação (tensos e fletidos).

NVPS

Categories	0	1	2
Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.	Frequent grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.
Activity (movement)	Lying quietly, normal position.	Seeking attention through movement or slow, cautious movement.	Restless, excessive activity and/or withdrawal reflexes.
Guarding	Lying quietly, no positioning of hands over areas of body.	Splinting areas of the body, tense.	Rigid, stiff.
Physiology (vital signs)	Stable vital signs	Change in any of the following: * SBP > 20 mm Hg. * HR > 20/minute.	Change in any of the following: * SBP > 30 mm Hg. * HR > 25/minute.
Respiratory	Baseline RR/SpO ₂ Compliant with ventilator	RR > 10 above baseline, or 5% ↓SpO ₂ mild asynchrony with ventilator	RR > 20 above baseline, or 10% ↓SpO ₂ severe asynchrony with ventilator

Abbreviations: HR, heart rate; RR, respiratory rate; SBP, systolic blood pressure; SpO₂, pulse oximetry. Instructions: Each of the 5 categories is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10. Document total score by adding numbers from each of the 5 categories. Scores of 0-2 indicate no pain, 3-6 moderate pain, and 7-10 severe pain. Document assessment every 4 hours on nursing flow-sheet and complete assessment before and after intervention to maximize patient comfort. Sepsis, hypovolemia, hypoxia need to be excluded before interventions.

© Strong Memorial Hospital, University of Rochester Medical Center, 2004. Used with permission.

BPS – NI

BPS-NI **(non-intubated patients)**

1

2

3

4

Facial expression



Relaxed



Partially
tightened
= brow lowering



Fully
tightened
= eyelid closing



Grimacing
= folded cheek

Movements of upper limbs



No movement



Partially bent



Very bent with
finger flexion



Retracted,
opposition to care

At rest: check the tonus by mobilisation
of the limb

Vocalisation

No pain
vocalization

Moaning not
frequent
($\leq 3/\text{mn}$) and
not prolonged
($\leq 3 \text{ s}$)

Moaning
frequent
($> 3/\text{mn}$) or
prolonged
($> 3 \text{ s}$)

Howling or
verbal complaint
including
« Ow! , Ouch ! »
or breath-holding

**APÊNDICE IV – Resultados da auditoria - Higienização das mãos -
UCI**

AUDITORIA “HIGIENE DAS MÃOS 2014” – UCI

Uma das recomendações complementada no Plano Nacional de Controlo de Infecção para a prevenção e controlo de infeção hospitalar é a lavagem das mãos. Segundo as recomendações emanadas, esta deve acontecer após o contato com sangue/fluídos corporais, secreções e artigos contaminados, assim como deve acontecer sempre depois da remoção das luvas, antes e depois do contato com a pessoa, depois do contato com o ambiente e antes de realização de técnicas assépticas.

Com a aplicação do instrumento de avaliação foi possível calcular a adesão ao procedimento da higiene das mãos por indicação, identificando quais os momentos onde se verifica maior e menor adesão. Sendo possível visualizar a evolução dos resultados desde 2010 a 2014. Em seguida apresento a taxa de adesão à intervenção da higienização das mãos no mesmo intervalo de tempo e, posteriormente a taxa de adesão por categoria profissional, com dados referentes a 2014.

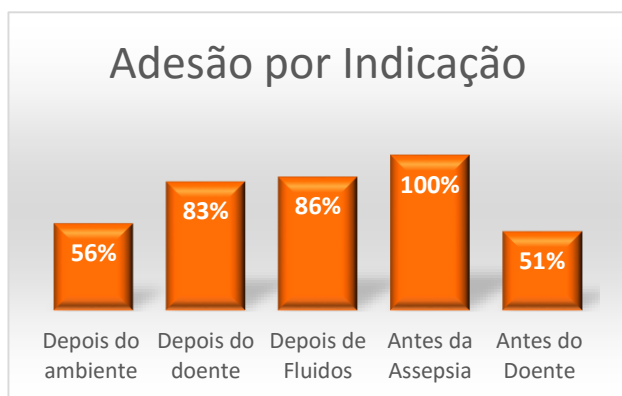


Gráfico 1 – Adesão por Indicação - 2014

nomeadamente aqui relacionado com a colocação de luvas e ignorando a lavagem das mãos antes do procedimento.

Relativamente à taxa de adesão por indicação no ano de 2014 (gráfico 1), pode-se concluir que o momento em que a adesão é superior corresponde ao indicador antes da assepsia, seguida do contato com fluídos orgânicos. Com taxa de menor adesão apresenta-se o indicador antes do doente,

O mesmo se pode denotar no gráfico 2, referente à adesão de por indicação entre o intervalo de tempo de 2010 a 2014, em que o indicador de adesão de higiene das mãos após o contato com fluídos orgânicos, tem mantido uma percentagem de adesão a rondar os 100%, com ligeiro decréscimo no ano de 2014, assim como tem sido constante a percentagem de adesão do indicador “depois do doente” com valores variáveis entre os 80% e 90%. O indicador antes da assepsia no ano de 2014 atingiu a percentagem de 100% de adesão cumprindo o objetivo proposto. Mais uma vez o indicador “antes do doente” apresenta ao longos dos tempos uma baixa adesão com percentagens e os 20%

e os 55%. Não existindo uma justificação para tais resultados, sendo imprescindível a sensibilização para uma adesão mais harmoniosa entre os cinco momentos.

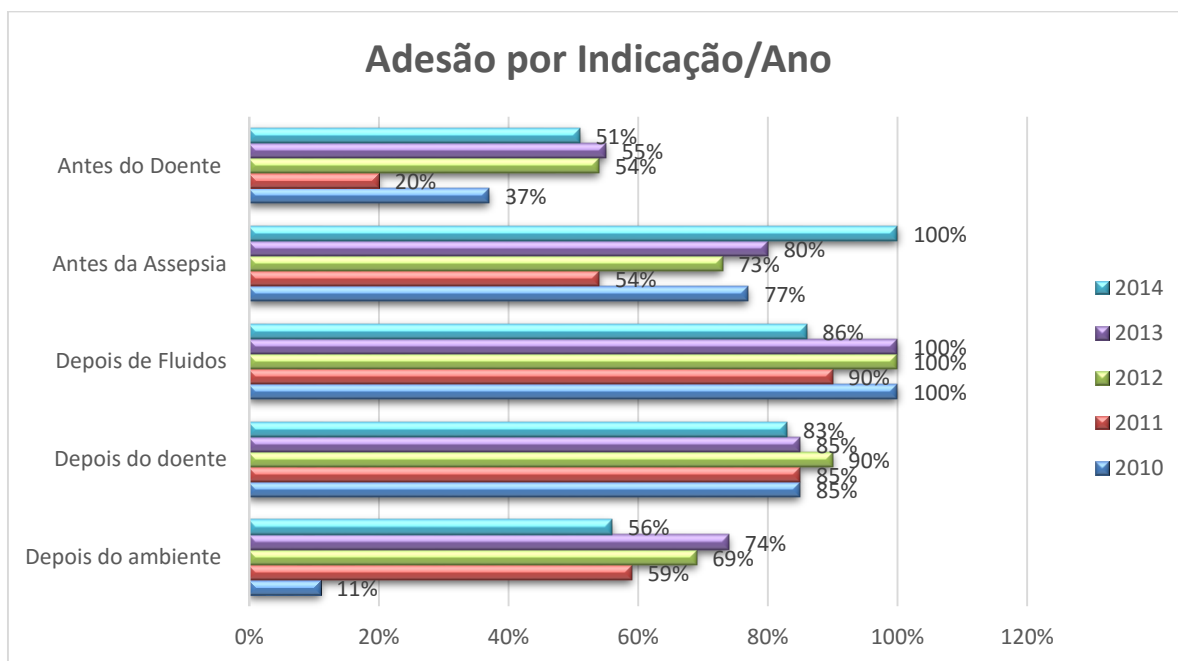


Gráfico 2 – Adesão por Indicação/Ano



A taxa de adesão à higienização das mãos (gráfico 3) tem aumentado desde os anos 2010/2011 com percentagens a rondar os 60%, para a partir de 2012 apresentar taxas de adesão superiores a 70%.

Gráfico 3 – Taxa de Adesão

Este aumento das taxas de adesão pode-se atribuir à sensibilização dos profissionais de saúde para a prevenção e controlo da infeção hospitalar, assim como à realização de auditorias e à apresentação dos dados como ação de sensibilização.

Relativamente à adesão por categoria profissional (gráfico 4), os enfermeiros são os profissionais com maior percentagem de adesão, refletindo-se essa taxa de adesão no facto de exercerem a sua atuação com maior proximidade da pessoa. Sendo por sua vez os médicos os que apresentam menor taxa de adesão, estão esta relacionada com o número elevados de médicos em estágio, sendo necessário intervenção de sensibilização



a esta categoria profissional, no momento da integração no serviço.

Gráfico 4 – Adesão por categoria – 2014

Embora os resultados ainda se encontrem longe do desejável, é necessário manter as campanhas de sensibilização quer a nível nacional, como também a nível institucional e dos serviços individualmente.

APÊNDICE V – Folha colheita de dados da dor- UCI

AUDITORIAS INTERNAS - GESTÃO DA DOR

DATA DE INTERNAMENTO: __/__/__

IDADE: _____

GÉNERO: _____

HISTÓRIA DA DOR_____

[illegible]

APÊNDICE VI – Resultados da auditoria da Dor - UCI

AUDITORIA DA DOR - UCI

Após colheita e tratamento dos dados disponibilizados pelo grupo da dor, apresenta-se os resultados obtidos. De referir que o período temporal é correspondente a outubro, novembro e dezembro de 2014.

No que se refere ao registo da avaliação da dor por turno, este ronda os 98% no período de avaliação, conforme exibido no gráfico I.



Gráfico 1 – Registo de avaliação da dor

No gráfico 2 está representada a percentagem de identificação da escala de avaliação da dor utilizada. Com a avaliação deste indicador, pode-se verificar que existe uma taxa de identificação das escalas utilizadas na avaliação da dor baixa, com um acréscimo no mês de dezembro. Estes números podem-se justificar pela não existência de um campo de registo específico para a escala da dor, com visualização da mesma. Sendo, contudo, registada a intensidade da dor sem estar identificada a escala utilizada. O acréscimo verificado no mês de dezembro pode estar associado à sensibilização por parte da dinamizadora do grupo da dor para a obrigatoriedade do registo da escala da dor e também da colheita da história da dor. Como estratégia de melhoria, existe um pedido ao Departamento Informático, a aguardar aprovação, para a introdução da escala em sistema informático com a visualização dos itens. Todavia estas escalas encontram-se na UCI em suporte papel, distribuídas por cada uma das salas de cuidados.

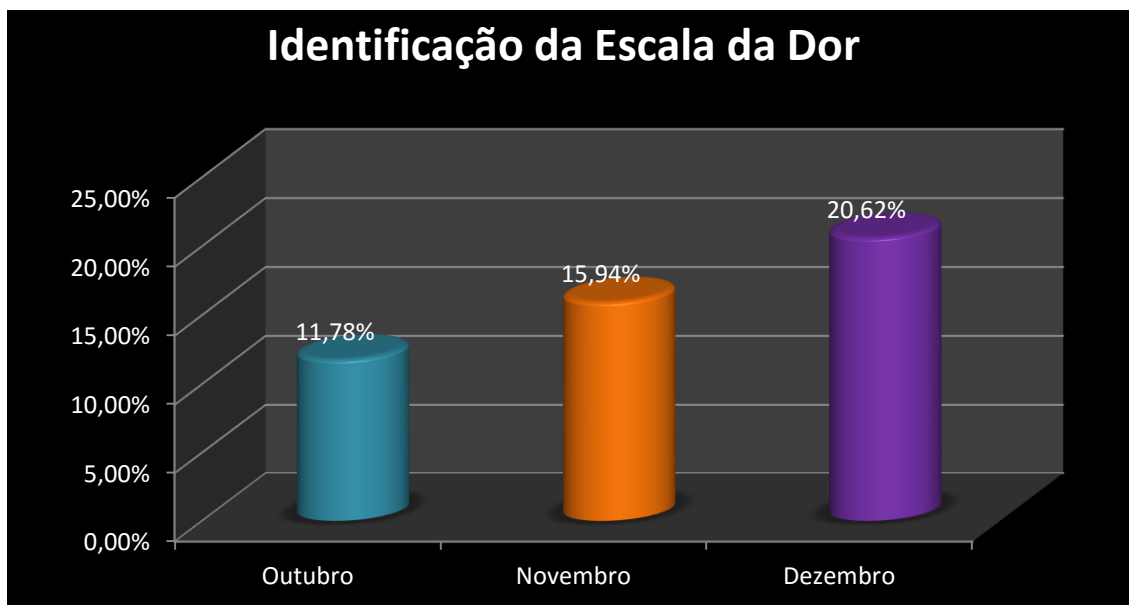


Gráfico 2 – Identificação da escala da dor

A reavaliação da dor foi outro dos indicadores avaliado e o gráfico 3 revela-nos uma percentagem de 0%. A reavaliação pressupõe-se que seja realizada após avaliação com score na escala da dor que revele necessidade de intervenção de alívio da dor. Este gráfico revela o não registo da reavaliação da dor. Todavia, isto não significa que não haja reavaliação, mas sim que não existe o seu registo.

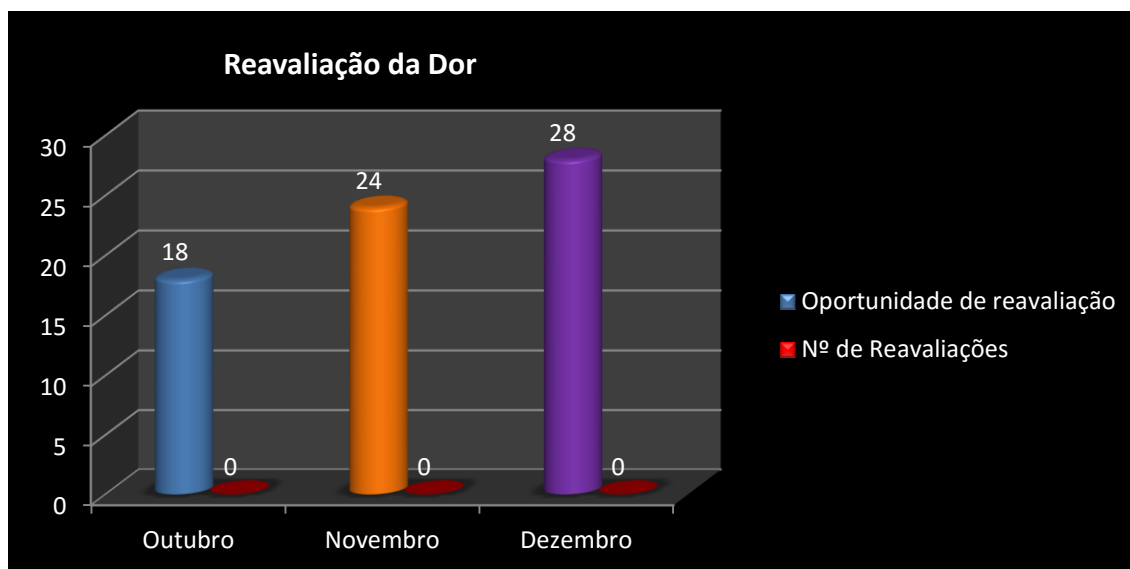


Gráfico 3 – Reavaliação da dor



Gráfico 4 – História da dor

Neste gráfico 4 pode-se verificar que a história da dor não é registada no processo clínico da pessoa internada na UCI.



Gráfico 5 – Escala de sedação

O registo da escala de sedação, um pouco à margem do que acontece com o registo da escala de avaliação da dor, não é frequente registado. As análises acima fornecidas estendem-se a este indicador.

APÊNDICE VII - Plano de sessão da formação Estágio III

PLANO DE SESSÃO: Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor na Urgência

CURSO: Mestrado em Pessoa em Situação Crítica

LOCAL: SU

DURAÇÃO: 30min

FORMADOR: Susana Leal e Vera Magarreiro

UNIDADE CURRICULAR: Ensino Clínico

Objetivo: Refletir sobre a importância de uma abordagem sistematizada de enfermagem à pessoa com dor incapaz de a autoavaliar

		Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Avaliação
Sumário	Introdução	Apresentação do tema e da sua pertinência; Apresentação do objetivo da sessão de formação.	Expositivo	Apresentação audiovisual	
	Desenvolvimento	Definição de dor; Evidência científica atual sobre o tema; Necessidade de monitorizar a dor da pessoa e o seu registo sistemático, Escala comportamentais de avaliação da dor; Escala de avaliação da dor na pessoa incapaz de a autoavaliar.	Expositivo	Apresentação audiovisual	Formativa
	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo/ Interativo	Apresentação audiovisual	

APÊNDICE VIII- Sessão de formação Estágio III

Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor na Urgência

Mestrandas: Susana Leal
Vera Magarreiro

Docente: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa, 2015

Objectivo Geral:

- Sensibilizar a equipa para a importância de uma abordagem sistematizada de enfermagem à Pessoa com dor incapaz de a autoavaliar.

Dor, um conceito

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou atual. Sendo que, a dor é o que a pessoa que a experimenta diz sentir, existindo sempre que a pessoa diz que existe.

(IASP 2010)
(McCaffery, citado por Herr, et al., 2011)

Problemática

- A dor é uma experiência frequente na PSC nas UCI's.
(Ahlers, et al., 2008)
- A PSC está particularmente vulnerável à dor.
(Odiner, et al., 2003)
- A dor pode aumentar a mortalidade e morbidade e diminuir o conforto e a qualidade de vida na PSC.
(Ahlers, et al., 2008)
- A dor na pessoa que não consegue comunicar deve ser avaliada de forma subjetiva através da observação e indicadores fisiológicos.
(The Joint Commission, 2001)

Problemática: gestão da dor

- A gestão da dor é um direito da pessoa, um dever do profissional de saúde e um aspeto fulcral para a humanização dos cuidados de saúde.
- A avaliação e o registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de forma a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

(DGS, 2003)

Problemática: gestão da dor

- Permite caracterizar a experiência da dor de forma a orientar a selecção de estratégias de intervenção adequadas e de verificar a eficácia das medidas de alívio.
- A avaliação e registo da dor tem de ser contínua e sistemática de forma a otimizar a comunicação entre os profissionais.

(Gordon et al., 2005)

Problemática: gestão da dor

- A gestão da dor não é frequentemente considerada uma prioridade, sobretudo na pessoa hemodinamicamente instável.

(Blenkham, Siobhan & Morgan, 2002)

A pessoa em situação crítica tem direito à analgesia e à gestão da sua dor.

(The Joint Commission, 2001)

Problemática: gestão da dor

- Os enfermeiros apresentam um elevado domínio no que se refere à abordagem da dor e à criação de ambientes seguros e humanos.

(Puntillo, 2003)

- Estando presentes em quase todos os procedimentos dolorosos, os enfermeiros são os profissionais indicados para avaliar e monitorizar a dor na pessoa em situação crítica.

(IASP, 2010)

Problemática: gestão da dor

- 35% a 55% dos enfermeiros subestimam a dor da pessoa
- 64% das pessoas não recebem qualquer administração de terapêutica antes ou durante os procedimentos dolorosos
- 50% das pessoas relataram dor
- 15% das pessoas relataram insatisfação com controlo da dor.

(Sessler, Grap & Ramsay, 2008)

Avaliação da dor na PSC

- Fotografia da sala de emergência

Complexa

(Pardo, Muñoz, Chamorro, 2006)

Desafio Universal

(Jacobi et al., 2002)

Difícil em doentes que não comunicam

(Young et al., 2006)

Escalas de avaliação da dor

Escalas de Avaliação Unidimensional

- Escala Visual Analógica
- Escala Numérica
- Escala Qualitativa
- Escala de faces

Escalas de Avaliação Pluridimensional

- Questionário de McGill
- Inventário Breve da dor
- Escala de Dolopus

Escalas de Avaliação Comportamental

- Flacc Behavioral Scale
- BPS – Behavioural Pain Scale
- CCPOT – Critical Care Pain Observation Tool
- NVPS – Non-Verbal Pain
- ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

(CHLC, 2014)

(OE, 2008)

Observação Comportamental

Indicadores Fisiológicos

- Frequência Cardíaca
- Pressão Arterial
- Frequência Respiratória

Indicadores Comportamentais

- Expressão facial
- Presença de movimentos ou postura antiálgica
- Aumento do tônus muscular
- Adaptação ventilatória

(CHLC, 2014)

Behavioral Pain Scale - BPS



(Payen et al, 2001)

Unidade de Cuidados Intensivos e Anestesiologia do Hospital de Saint Eloi (França)

BPS

OBJECTIVO

Avaliar comportamentos considerados indicadores de dor na pessoa em situação crítica.

AVALIAÇÃO DE 3 INDICADORES:

- Expressão Facial
- Tônus dos Membros Superiores
- Adaptação à Ventilação

Cada indicador é dividido em 4 descrições, reflectindo um aumento gradual da intensidade da dor

(CHLC, 2014)

BPS

PONTUAÇÃO

- > Selecção de um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma cotação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta).
- > O resultado da intensidade da dor corresponderá à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa).

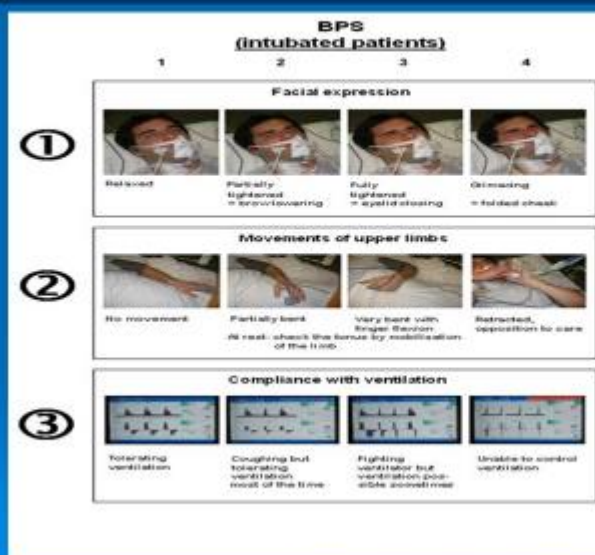
Com score de BPS ≥ 4 , pessoa apresenta dor => Intervenção de alívio

AValiação NA PRÁTICA

- > Simples
- > Rápida
- > Implica conhecimento prévio do doente (Individualizada)

(CHLC, 2014)

BPS



(Chanques et al., 2009)

BPS

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (Adaptada da Behavioral Pain Scale)

Expressão Facial

- Relaxada _____ 1
- Testa contraída _____ 2
- Contração Franca (ex. pálpebras cerradas) _____ 3
- Fâcies com sinal de Dor _____ 4

Tônus dos Membros Superiores

- Sem movimento _____ 1
- Ligeira Flexão _____ 2
- Membros em flexão e punhos cerrados _____ 3
- Membros retraídos _____ 4

Adaptação à Ventilação

- Adaptado _____ 1
- Reacção esporádica ao Ventilador _____ 2
- Luta contra o ventilador _____ 3
- Impossível de ventilar _____ 4

(Payen et al., 2001)

BPS

OBJECTIVO: Score <4

Oscilação da Pontuação

Score total

Ausência da dor = 3

Dor intensa = 12

NOTA:

Scores > 4 significa que há necessidade de intervenção de alívio

(CHLC, 2014)

Frequência da avaliação

- Uma vez por turno, se intensidade ≤ 3 .
- De 4/4 horas ou 2x por turno, se intensidade ≥ 4 , tendo em conta que uma das avaliações deve coincidir com o momento antes do analgésico.
- Após o analgésico, 1 hora após analgésico Per os, SNG ou rectal e ½ hora após terapêutica EV.
- Sempre que a situação o justifique.

(CHLC, 2014)

Em Síntese:


- O enfermeiro deve desenvolver esforços no sentido de melhorar a gestão da dor na pessoa em situação crítica.
- A gestão da dor é um indicador de melhoria da prestação de cuidados de saúde.



(OE, 2008)

Em Síntese:

A informação/formação é importante, mas não é suficiente...



O desafio
passa pela
mudança de
práticas

Bibliografia

- Ahlers, S., Gulk, L., Veen, A., Dongen, H., Bruins, P., Beltser, S., ... Knibbe, C. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care (London, England)*, 12(1), R15.
- Blenkham, A., Siobhan, F., & Morgan, A. (2002). Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(8).
- Caetano, C., Lopes, E., Dias, E., & Duarte, S. (2013). Avaliação da dor no doente em Situação Crítica. 1º Seminário de Enfermagem Em Cuidados Intensivos De Beira Interior, 32(1).
- Chanques, Gérard, Payen, J-F., Mercier, G., de Lathe, S., Viet, E., Jung, B., ... Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self-report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive care medicine*, 35(12), 2060-7.
- CHLC. (2014). Avaliação e registo da dor enquanto 5º Sinal Vital. Circular Informativa nº 389. Disponível em http://172.16.4.150/images/circularinformativa389_2014.pdf.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). Plano Nacional de Luta contra a Dor (Direção Geral de saúde, Ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral de Saúde (2003).
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da dor. Circular Normativa N.º11/DGCS/DPCD 18 de Junho de 2008 (2008). Retirado de: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/68611208-C57A-46E1-B085-316C0CF0DACD/0/ControladaDor.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Retirado de: <http://www.das.prioridades-de-saude-saude-a-a-2/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>.
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Marwonen, R., McCaffery, M., Merkel, S., ... Wild, L. (2008). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing - Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(2), 44-52.
- IASP. (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos: Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. (A. Kapl & B. Niesh, Eds.) (pp. 1-418). Seattle: IASP Press.

Bibliografia

- Jacobi J., Fraser G. L., Coursin D. B., Riker R. R., Fontaine D., Wittbrodt J., et al. (2002). Clinical Practice Guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*, 30).
- Latorre, M., Solís, M., Falero, R., Lamasqueto, S., Pérez, R., & Santos, M. (2011). [Validation of the Scale of Behavior Indicators of Pain (ESCID) in critically ill, non-communicative patients under mechanical ventilation: results of the ESCID scale]. *Enfermería Intensiva*, 22(1). doi:10.1016/j.enfi.2010.09.005
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática* (serie 1., pp. 1-51). Lisboa: DPI Cramcipo.
- Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., & Ingersoll, G. (2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(6), 260-267. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?aid=33886965-c0fa-4647-bd2f-9e2af90de9f%40sessionmgr112&vid=5&hid=119>
- Pardo C., Muñoz T., Chamorro C. (2006). Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, vol. 30.
- Puntillo, K. (2003). Pain Assessment and management in the Critically Ill: Wizardry or Science? *American Journal of Critical Care*, 12(4).
- Sessler, C., Grap, M. J., & Ramsay, M. (2006). Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care*, 12(3). doi:10.1186/cc6148
- Stiles, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 23(3), 68-79
- Young, J., Sittler, J., Nikolett, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive & Critical Care*



Intervenção de enfermagem na Pessoa com dor na Urgência

Mestrandas: Susana Leal
Vera Magarreiro

Docente: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa, 2015

APÊNDICE IX – Instrução de Trabalho - Escala Numérica

	Urgência Geral e Cuidados Intensivos
	Avaliação e Registo da Dor enquanto 5º Sinal Vital

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

A instrução de trabalho é relativa ao Procedimento Multisectorial – “Avaliação e Registo da Dor enquanto 5º Sinal Vital” – TRC. 111, Circular Informativa Nº 389 de 16 de Junho de 2014.

Tem como Objectivos:

- Promover boas práticas no âmbito da avaliação, registo e monitorização da dor, em utentes admitidos na Urgência Geral do CHLC, E.P.E.
- Uniformizar a prática dos cuidados na avaliação e registo sistemático da intensidade da dor a todos os utentes da Urgência Geral do CHLC, E.P.E.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A todos os enfermeiros que exerçam funções na Urgência Geral do CHLC, E.P.E.

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Escala Numérica

É um instrumento de avaliação da dor que permite medir a intensidade da dor de forma rápida e fácil. Possibilita a combinação das escalas: descritiva verbal e da visual analógica e instrumentos comportamentais da dor.

A amplitude da escala varia entre 0 e 10: 0 – Sem Dor; 1-3 – Dor Ligeira; 4-6 – Dor Moderada (significativa, mas suportável); 7-10 – Dor Severa (significativa e insuportável).

Relativamente à prioridade estabelecida na Triagem de Manchester, o discriminador geral da dor corresponde: Dor Ligeira a uma prioridade de cor Verde (pouco urgente); Dor Moderada a uma prioridade de cor Amarela (urgente); Dor severa a uma prioridade de cor Laranja (muito urgente). Na Triagem de Manchester os discriminadores específicos correspondem a: dor precordial prioridade de cor Laranja (muito urgente) e dor pleurítica prioridade de cor Amarela (urgente), independentemente da intensidade da dor.

A avaliação inicial da dor deverá ser efetuada pelo enfermeiro preferencialmente no primeiro contato com o utente, ou sempre que se justificar.

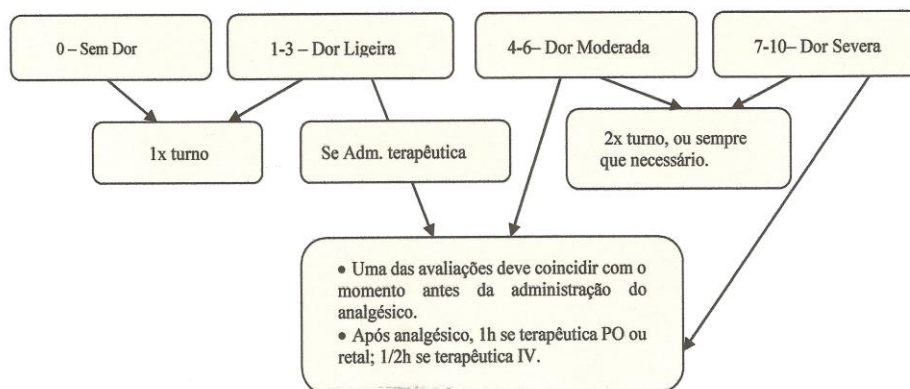
A avaliação da dor nos utentes internados na Unidade de Observação da Urgência Polivalente, e/ou nos utentes transferidos para o serviço de internamento, deverá ser realizada 1x turno e/ou de acordo com o score apresentado na Régua da Dor.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	//		

	Urgência Geral e Cuidados Intensivos
	Avaliação e Registo da Dor enquanto 5º Sinal Vital

Avaliação e registo da Dor enquanto 5º Sinal Vital

Avaliação da Dor Utilização da Escala Numérica



Intervenções de enfermagem ao utente com dor:

- Questionar acerca da dor sistematicamente (Intensidade, características, localização, tipo, fatores de alívio e de agravamento);
- Identificar nos relatos de dor da pessoa e família, as estratégias que lhe proporcionam alívio;
- Colher dados sobre a história da dor para conhecer as palavras e as expressões que a pessoa utiliza para descrever a dor, as experiências prévias, as reações e as estratégias usadas para lidar com a dor;
- Privilegiar a auto-avaliação da dor tendo em consideração as capacidades de comunicação e as aptidões cognitivas da pessoa;
- Incluir a pessoa como parceira ativa e membro da equipa dos cuidados no controlo da dor;
- Utilizar a associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para gerir a dor e a ansiedade da pessoa;
- Permitir a escolha das estratégias não farmacológicas sempre que possível, para proporcionar a máximo controlo da situação;
- Avaliar e Registrar a intensidade da dor, no campo de "Recolha de Sinais Vitais – HCIS";
- Registrar e reavaliar as estratégias não farmacológicas utilizadas de forma regular em "Notas de Evolução ou Anotações – HCIS".

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	— / — / —		

APÊNDICE X – Instrução de Trabalho – *BPS*

	Urgência Geral e Cuidados Intensivos
	Avaliação e Registo da Dor enquanto 5º Sinal Vital

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

A instrução de trabalho é relativa ao Procedimento Multisectorial – “Avaliação e Registo da Dor enquanto 5º Sinal Vital” – TRC. 111, Circular Informativa Nº 389 de 16 de Junho de 2014.

Tem como Objectivos:

- Promover boas práticas no âmbito da avaliação, registo e monitorização da dor, em utentes admitidos na Urgência Geral do CHLC, E.P.E.
- Uniformizar a prática dos cuidados na avaliação e registo sistemático da intensidade da dor a todos os utentes da Urgência Geral do CHLC, E.P.E.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A todos os enfermeiros que exerçam funções na Urgência Geral do CHLC, E.P.E.

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Behavioral Pain Scale - BPS

É um instrumento de avaliação da dor que tem como objetivo avaliar a dor através de componentes comportamentais, considerados indicadores de dor. Como indicadores de avaliação apresenta: expressão facial; tonus muscular dos membros superiores e adaptação à ventilação.

Cada um destes indicadores é dividido em 4 descrições, refletindo o aumento gradual da dor.

Na Avaliação: Selecionar um item de cada indicador o qual corresponderá à cotação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta). O resultado da intensidade da dor corresponde à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa).

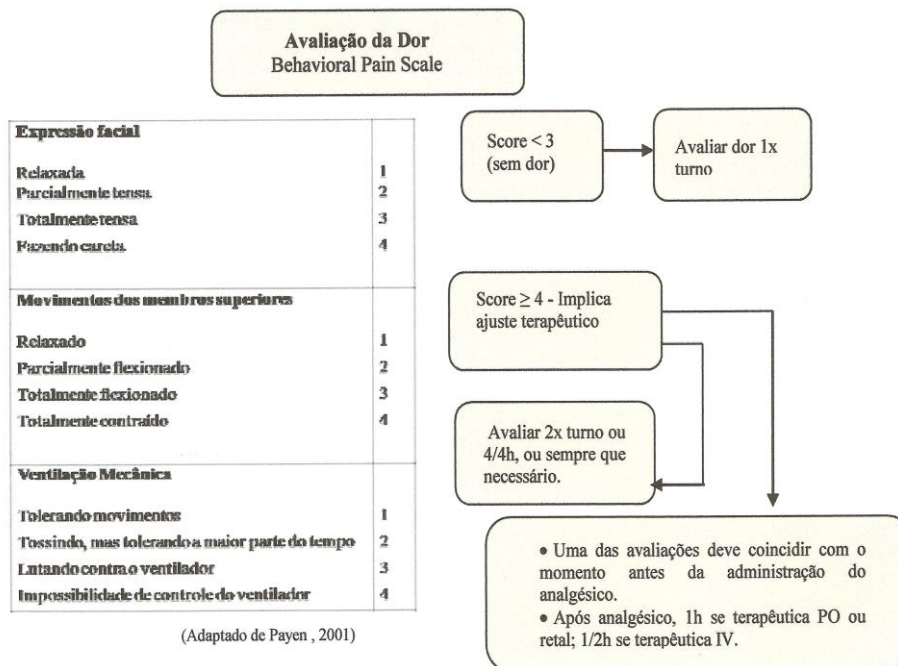
Na prática a sua avaliação traduz-se de forma simples, rápida mas implica conhecimento previo da pessoa de forma individualizada.

Este instrumento de avaliação da dor aplica-se a todos os utentes que não comunicam, sedados e submetido a ventilação mecânica internados na Unidade de Observação da Urgência Polivalente.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	///			

	Urgência Geral e Cuidados Intensivos
	Avaliação e Registo da Dor enquanto 5º Sinal Vital

Avaliação e registo da Dor enquanto 5º Sinal Vital



Intervenções de enfermagem ao utente sedado e ventilado com dor:

- Questionar a família/pessoa significativa acerca da dor sistematicamente (Intensidade, características, localização, tipo, fatores de alívio e de agravamento);
- Identificar nos relatos de dor da família/pessoa significativa, as estratégias que lhe proporcionam alívio à pessoa;
- Colher dados sobre a história da dor para conhecer as palavras e as expressões que a pessoa utiliza para descrever a dor, as experiências prévias, as reações e as estratégias usadas para lidar com a dor;
- Incluir a pessoa como parceira ativa e membro da equipa dos cuidados no controlo da dor;
- Utilizar a associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para gerir a dor e a ansiedade da pessoa;
- Permitir a escolha das estratégias não farmacológicas sempre que possível, para proporcionar a máximo controlo da situação;
- Avaliar e Registrar a intensidade da dor, no campo de "Recolha de Sinais Vitais – HCIS";
- Identificar a Escala de Avaliação da Dor utilizada em "Notas de Evolução ou Anotações – HCIS";
- Registrar e reavaliar as estratégias não farmacológicas utilizadas de forma regular em "Notas de Evolução ou Anotações – HCIS".

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	//_		

**Apêndice XI - Comunicação oral - 3º Encontro de Enfermeiros
Especialistas**



Gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos

Autores: Susana Leal
Vera Magarreiro

Lisboa, Novembro de 2015

2

Objetivo:

- Sensibilizar os enfermeiros para a gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

Dor, um conceito

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou atual, sendo que a dor é o que a pessoa que a experimenta diz sentir, existindo sempre que a pessoa diz que existe.

[International Association for the Study of Pain, 2010]

[McCaffery, citado por Herr et al., 2011]

Problemática:

- A dor é uma experiência frequente na Pessoa em Situação Crítica nas Unidades de Cuidados Intensivos;

[Ahlen et al., 2008]

- Estudos revelam que cerca de 60% dos doentes afirma que sentiram dor moderada a intensa enquanto internados na Unidade de Cuidados Intensivos;

[IASP, 2010]

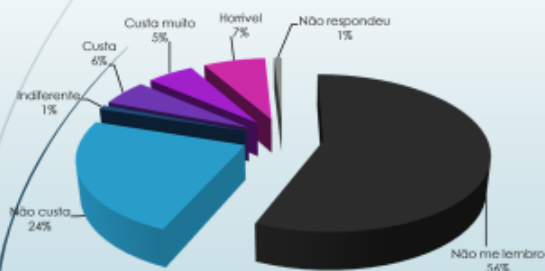
Problemática:

- 35% a 55% dos enfermeiros subestimam a dor da pessoa;
- 64% das pessoas não recebem qualquer administração de terapêutica antes ou durante os procedimentos dolorosos;
- 50% das pessoas relataram dor;
- 15% das pessoas relataram insatisfação com controlo da dor.

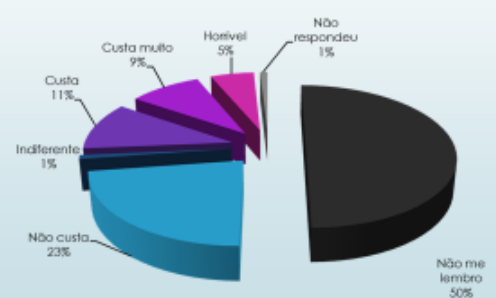
[Jesler, Grop & Ramsay, 2008]

Estatística Unidade de Cuidados Intensivos – Centro Hospitalar Lisboa

Dor (2014)



Desconforto (2014)



Fonte: Dados estatísticos da consulta de follow-up da UCI referentes ao ano de 2014

Gestão da dor:

- A ineficaz gestão da dor em UCI leva a um aumento dos índices de morbilidade e mortalidade, desencadeando graves alterações fisiológicas e psicológicas na pessoa;

(Silva, 2013)

- Enquanto profissionais com responsabilidade pelo cuidar, os enfermeiros estão numa posição relevante para promover e intervir na gestão e controlo da dor.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Avaliação da dor na Pessoa Situação Crítica

Complexa

(Pardo, Muñoz, Chamorro, 2006)

**Desafio
Universal**

(Jacobi et al., 2002)

**Difícil em doentes que
não comunicam**

(Young et al., 2006)

Avaliação da dor

- A avaliação e registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de forma a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa;
- A dor na Pessoa em Situação Crítica (incapaz de comunicar) deve ser avaliada de forma subjetiva através da observação e indicadores fisiológicos.

[Direção-Geral de Saúde, 2003]

[The Joint Commission, 2001]

Escalas de avaliação da dor

Escalas de Avaliação Unidimensional

- Escala Visual Analógica
- Escala Numérica
- Escala Qualitativa
- Escala de faces

Escalas de Avaliação Pluridimensional

- Questionário de McGill
- Inventário Breve da dor
- Escala de Dolopus

Escalas de Avaliação Comportamental

- Flacc Behavioral Scale
- BPS – Behavioural Pain Scale
- CCPOT – Critical Care Pain Observation Tool
- NVPS – Non-Verbal Pain
- ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

[Ordem dos Enfermeiros, 2008]

Projeto do Serviço de Urgência Polivalente

- Implementação de uma escala de heteroavaliação da dor na PSC:
 - ✓ **Behavioural Pain Scale**
 - Elaboração da Instrução de trabalho;
 - Aprovação da Instrução de trabalho;
 - Implementação:
 - ✓ Pedido de criação de registo à empresa que gere o software informático de registos de enfermagem disponível no serviço;
 - ✓ Formação aos pares;
 - Aplicação na prática de cuidados;
 - Avaliação dos dados, elaboração de relatório e apresentação de resultados.

Projeto do Serviço de Urgência Polivalente

- Implementação de uma escala de heteroavaliação da dor na PSC:
 - ✓ **Behavioural Pain Scale**
 - Elaboração da Instrução de trabalho;
 - Aprovação da Instrução de trabalho;
 - Implementação:
 - ✓ Pedido de criação de registo à empresa que gere o software informático de registos de enfermagem disponível no serviço;
 - ✓ Formação aos pares;
 - Aplicação na prática de cuidados;
 - Avaliação dos dados, elaboração de relatório e apresentação de resultados.

Intervenções autónomas de enfermagem

- Intervenções não-farmacológicas -

- Já existem resultados sobre a utilização de intervenções não farmacológicas, quando estas são utilizadas como adjuvantes às farmacológicas ou de forma isolada, no controlo da dor da pessoa;

(Czamecki et al., 2011; Gatlin & Schulmeister, 2007; Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2012; Williams, Davies, & Griffiths, 2009)

Intervenções não-farmacológicas

- São utilizadas com o objetivo de tratar as dimensões, afetiva, cognitiva, comportamental e socio-cultural da dor.

(Yavuz, 2006, citado por Demir, 2012)

- Estas intervenções:
 - ✓ Aumentam o sentimento individual de controlo;
 - ✓ Diminuem o sentimento de fraqueza;
 - ✓ Melhoram o nível de atividade e a capacidade funcional;
 - ✓ Reduzem o stress e ansiedade;
 - ✓ Reduzem a dosagem necessária de analgésicos, diminuindo os seus efeitos secundários;

(Nikdini, 2006, citado por Demir, 2012)

Intervenções não-farmacológicas

- Inibem ou modulam a transmissão ascendente de um estímulo nocivo (que provoca dor) da periferia, ou estimulam o controlo inibitório descendente do cérebro.

[Erted et al., 2009]

- Determinar gostos e disponibilidade da pessoa antes de implementar qualquer intervenção não-farmacológica.

- Referenciar para outros profissionais sempre que necessário. [Chlan, 2002]

Intervenções não-farmacológicas (perspetivas dos doentes/família e enfermeiros)



[Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2012]

Intervenções não-farmacológicas

- Aromoterapia
- Distração
- Humor / Riso
- Imaginação guiada / visualização
- Reposicionamento
- Calor / Frio
- Música
- Reiki
- Massagem
- Meditação
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS)

[Williams, Davies, & Griffiths, 2009]

Projeto na Unidade de Cuidados Intensivos

- Sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da gestão não-farmacológica da dor na PSC;
 - ✓ Formação aos pares
- Supervisão dos cuidados de enfermagem relativos às intervenções não-farmacológicas;
- Proposta à empresa que gere o software informático de registos de enfermagem
 - ✓ Construção da lista de intervenções não-farmacológicas adequadas a UCI.

Dificuldades:

- Criação de registo informático pela empresa responsável pelo software;
- Recolha e tratamento de dados.

Em síntese:

- A gestão da dor é um indicador de melhoria da qualidade de cuidados de saúde;

Uma gestão correta da dor...

Passa por um diagnóstico, avaliação, tratamento e registo correto da mesma.

**Responsabilidade dos
Enfermeiros**

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Em síntese:

A informação/
formação é
importante,
mas não é
suficiente...

O desafio
passa pela
mudança de
práticas

Referências Bibliográficas:

- Ahlen, S., Gulik, L., Veer, A., Dargen, H., Bruins, P., Beltzer, S., ... Enkobe, C. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care (London, England)*, 12(1), R15.
- Blekham, A., Stobhan, F., & Morgan, A. (2002). Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(4).
- Coêlano, C., Lopes, E., Dias, E., & Duarte, S. (2013). Avaliação da dor no doente em Situação Crítica. 1ª Seminário de Enfermagem Em Cuidados Intensivos Do Beirão Interior, 32(1).
- Chonages, Gerald, Payer, J.-F., Mercier, G., de Lottre, S., Viel, E., Jung, B., ... Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self-report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive care medicine*, 35(12), 2060-7.
- Chan, L. (2002). Integrating nonpharmacological adjunctive interventions into critical care practice: a means to humanize care? *American Journal of Critical Care*, 11(1), 14-16. Disponível em: <http://ajcc.sagepub.com/journalsPermissions.nav?path=/journals/ajcc.sagepub.com/journalsPermissions.nav/1111141102.pdf#nav>
- Czaplinski, M. L., Turner, R. N., Collins, P. M., Daalman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(3), 95-111. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1549359311000249>
- Demir, Y. (2012). Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. In Dr. Gaber Kaczi & Carl Hise (Ed.), *Pain Management - Current Issues and Opinions* (pp. 485-502). Intech. Disponível em: http://cdn.intechopen.com/pdfs/26152/InTech-Non_pharmacological_therapies_in_pain_management.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. (Direção-Geral de saúde, Ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº09/DGCG - A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral de Saúde (2003)
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da dor. Circular Normativa N.º11/DGCG/OPCD 10 de Junho de 2005 (2005). Retirado de: <http://www.rnrmade.pt/pt/pt/programa/369/1268-527-A-661-6568-313/Circular%20de%20normativa%20de%20saude>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Retirado de: <http://www.dgs.pt/assets/docs/sistema/saude-da-populacao/estrategia-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-dor-2013.pdf>
- Erhard, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grao, M. J., U. D., Medina, J., ... Sessler, C. N. (2009). Pain management principles in the critically ill. *Chest*, 135(4), 1075-86. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19436531>
- Gartin, C. G., & Schulmeister, L. (2007). When medication is not enough: Nonpharmacological management of pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 699-704. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail/detail?d=355e49b1-30f9-40f8-001a-787a35609684&sessionmgr=113&vid=1&hid=107&data=jmh&mc9HQHfmc200211aG9eac1a2d3a6eac&AN=2009685784>
- Gelinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robor, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 307-18. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00591.x#pdf>
- Hest, E., Coyne, P. J., Kay, T., Marwonen, R., McCaffery, M., Merkel, S., ... Wild, L. (2004). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(2), 44-52.

Referências Bibliográficas:

- International Association for the Study of Pain. (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. [A. Kopf & B. Nilesh, Eds.] (p. 418). Seattle: IASP Press.
- Jacobi J., Fraser G. L., Cousins D. B., Riker R. R., Fontaine D., Wilfredt, et al. (2002). Clinical Practice Guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine* 30).
- Lafont, M., Soló, M., Folero, R., Lamasquita, I., Pérez, R., & Santos, M. (2011). [Validation of the Scale of Behavior indicators of Pain (ESCI) in critically ill non-communicative patients under mechanical ventilation: results of the ESCI scale]. *Enfermería Intensiva*, 22(1). doi:10.1016/j.enfi.2010.09.005
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Ed. Disponível em <http://www.ordemdenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/codemesc-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Disponível em http://www.ordemdenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_Estrategias-nao-farmacologicas-ControloDorCrianca.pdf
- Odinier, M., Wegman, D., Resland, N., Steinmetz, A., & Ingenol, G. (2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(4), 260-267. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&btq=9&-crlp-6&7-6d2-7&2-6d2-7&3-6d2-7&4-6d2-7&5-6d2-7&6-6d2-7&7-6d2-7&8-6d2-7&9-6d2-7&10-6d2-7&11-6d2-7&12-6d2-7&13-6d2-7&14-6d2-7&15-6d2-7&16-6d2-7&17-6d2-7&18-6d2-7&19-6d2-7&20-6d2-7&21-6d2-7&22-6d2-7&23-6d2-7&24-6d2-7&25-6d2-7&26-6d2-7&27-6d2-7&28-6d2-7&29-6d2-7&30-6d2-7&31-6d2-7&32-6d2-7&33-6d2-7&34-6d2-7&35-6d2-7&36-6d2-7&37-6d2-7&38-6d2-7&39-6d2-7&40-6d2-7&41-6d2-7&42-6d2-7&43-6d2-7&44-6d2-7&45-6d2-7&46-6d2-7&47-6d2-7&48-6d2-7&49-6d2-7&50-6d2-7&51-6d2-7&52-6d2-7&53-6d2-7&54-6d2-7&55-6d2-7&56-6d2-7&57-6d2-7&58-6d2-7&59-6d2-7&60-6d2-7&61-6d2-7&62-6d2-7&63-6d2-7&64-6d2-7&65-6d2-7&66-6d2-7&67-6d2-7&68-6d2-7&69-6d2-7&70-6d2-7&71-6d2-7&72-6d2-7&73-6d2-7&74-6d2-7&75-6d2-7&76-6d2-7&77-6d2-7&78-6d2-7&79-6d2-7&80-6d2-7&81-6d2-7&82-6d2-7&83-6d2-7&84-6d2-7&85-6d2-7&86-6d2-7&87-6d2-7&88-6d2-7&89-6d2-7&90-6d2-7&91-6d2-7&92-6d2-7&93-6d2-7&94-6d2-7&95-6d2-7&96-6d2-7&97-6d2-7&98-6d2-7&99-6d2-7&100-6d2-7>
- Pardo C., Muñoz T., Chamorro C., (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICUIC. *Medicina Intensiva*, vol. 30.
- Punilla, K. (2003). Pain Assessment and management in the Critically Ill: Wizardry or Science? *American Journal of Critical Care* : 12(4).
- Sessler, C., Grap, M. J., & Ramsay, M. (2008). Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care*, 12(3). doi:10.1186/cc6148
- Triffes, M. (2012). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 30(3), 40-70
- Young, J., Wiffert, J., Nikolaite, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive & Critical Care*
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 145-65. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=1&hid=1&bdq=1&btq=9&-crlp-6&7-6d2-7&2-6d2-7&3-6d2-7&4-6d2-7&5-6d2-7&6-6d2-7&7-6d2-7&8-6d2-7&9-6d2-7&10-6d2-7&11-6d2-7&12-6d2-7&13-6d2-7&14-6d2-7&15-6d2-7&16-6d2-7&17-6d2-7&18-6d2-7&19-6d2-7&20-6d2-7&21-6d2-7&22-6d2-7&23-6d2-7&24-6d2-7&25-6d2-7&26-6d2-7&27-6d2-7&28-6d2-7&29-6d2-7&30-6d2-7&31-6d2-7&32-6d2-7&33-6d2-7&34-6d2-7&35-6d2-7&36-6d2-7&37-6d2-7&38-6d2-7&39-6d2-7&40-6d2-7&41-6d2-7&42-6d2-7&43-6d2-7&44-6d2-7&45-6d2-7&46-6d2-7&47-6d2-7&48-6d2-7&49-6d2-7&50-6d2-7&51-6d2-7&52-6d2-7&53-6d2-7&54-6d2-7&55-6d2-7&56-6d2-7&57-6d2-7&58-6d2-7&59-6d2-7&60-6d2-7&61-6d2-7&62-6d2-7&63-6d2-7&64-6d2-7&65-6d2-7&66-6d2-7&67-6d2-7&68-6d2-7&69-6d2-7&70-6d2-7&71-6d2-7&72-6d2-7&73-6d2-7&74-6d2-7&75-6d2-7&76-6d2-7&77-6d2-7&78-6d2-7&79-6d2-7&80-6d2-7&81-6d2-7&82-6d2-7&83-6d2-7&84-6d2-7&85-6d2-7&86-6d2-7&87-6d2-7&88-6d2-7&89-6d2-7&90-6d2-7&91-6d2-7&92-6d2-7&93-6d2-7&94-6d2-7&95-6d2-7&96-6d2-7&97-6d2-7&98-6d2-7&99-6d2-7&100-6d2-7>



Gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos

Autores: Susana Leal
Vera Magarreira

Lisboa, Novembro de 2015